HEFTE

1STE

Klinisk og pedagogisk

TIDSSKRI

for

SEKSUALØKONOM

Innhold:

a
fo
d
li
ka

fr
n
å
s
fo
og
i ei
kom
gjekk
lover s
slutt k
mennesk
langt på
om, krefte

Tidsskriftet utgis av
INTERNASJONALT INSTITUTT FOR SEKSUALØKONOMI
Skandinavisk avdeling

REDAKTØR: DR. ODD WÅGE HAVREVOLD
Gustavs gate 3 - Tlf. 68 616

REDAKSJONSSEKRETÆR: DR. PHIL. OLA RAKNES
Observatorie Terrasse 10 - Tlf. 41 796

Tidsskriftet utkommer regulært med 3 nummer i året.

PRIS PR. NUMMER: KR. 2.50

ÅRSABONNEMENT: „ 6.00

Manuskripter fra Danmark sendes til
FRU ELLEN SIERSTED
Godthaabsvej 142, København F.

Alle andre manuskripter sendes til dr. phil. Ola Raknes,
Observatorie Terrasse 10, Oslo.

Tidsskriftet fåes i bokhandelen og bestilles gjennom
POSTBOKS 2477, OSLO

Hefte 1. 1939
1ste årgang

Klinisk og pedagogisk

TIDSSKRIFT for SEKSUALØKONOMI

Sigmund Freud

(6. mai 1856—24. september 1939.)

Etter at redaksjonen av dette fyrste numret av tidskrifta vår var slutt, kom det melding frå London at Sigmund *Freud* var død, noko over 83 år gamal. Den mannen som i eit langt livs arbeid hadde skapt føresetnadene for og til dels lagt grunnen for alle større framsteg i vår tids psykologi og psykoterapi, han døydde i utlægd, langt borte frå det landet der han hadde gjort livsverket sitt — eitt av dei landa som no er strokne av Europakartet.

Freuds storverk var at han førde menneskja eit lenger steg fram enn nokon annan har gjort på vegen mot eit realistisk, naturleg, vitskapleg syn på sitt eige sjeleliv. Inntil for eit hundre år sidan såg menneskja seg sjølv som eitkvart reint serskilt, utan samanheng med det som elles fanst i verda, alt anna var til berre for menneskja si skuld — og til Guds ære. Men so kom Darwin og viste at menneskja biologisk var ein lekk som andre lekkar i ei lang utviklingsrekkje, eit dyr som dei andre dyra. Di næst kom Marx og viste at det menneskjelege samfundslivet ikkje gjekk etter den «frie viljen» åt einskildmenneske, men etter lover som hadde sitt hovudgrunnlag i produksjonsvilkåra. Til slutt kom *Freud* og synte at sjølve sjelelivet, sjølve den menneskelege viljen, ikkje er frie, men går etter faste lover, og langt på veg vert styrde av krefter som medvitet vårt lite veit om, krefter som på ei eller anna vis har sitt opphav i vår biolog-

iske organisme og vert utforma og får si stemneleid av samfundet me lever i. Dermed var menneskja definitivt flytt frå sin tenkte himmel og ned på den verkelige jorda. Endå skilde det mykje på at samanhengen mellom den biologiske organismen og sjelelivet var klårlagd i alle stykke, men sjølve påvisinga av ein lovbunden samanheng der vart grunnlaget for den største snunad i synet på menneskja som har gått for seg i nyare tid.

Alle revolusjonar i åndslivet byggjer enten på oppdaging av nye fakta eller på innordning av fakta i ein og vidare samanheng, som så kan føra til oppdaging av vidare nye fakta og nye samanhengar. Soleis òg med den revolusjonen *Freud* skapte. Hans oppdagingar var for ein stor del, som han sjølv var den fyrste til å peika på, at han drog fram i ljoset ei mengd med ting som vanleg folk, men sjeldan vitskapsmenn, nok hadde sétt før, men ikkje vyrdt på, ikkje teke for ålvor. Ein og annan diktaren eller tenkjaren hadde nok vore inne på sumt av det, men berre i spreidde blenkar. Difor verka oppdagingane hans òg så framandslege, så utrulege, at det tok meir enn ein mannsalder før den offisielle vitskapen, universitets-psykologien og -medisinen, ville gå inn på dei og taka dei opp til ålvorleg etterprøving. Hovudgrunnen til dette var elles mindre det urimelege ved *Freuds* fakta og teoriar enn den innlærde og ålment godkjende uviljen mot dei sider av livet som *Freud* tok opp til gransking, nemleg seksualitet og agresjon.

Det var ikkje Freud som gjorde det umedvitne sjelelivet til ein vitskapleg arbeidshypotese, det hadde andre gjort før. Men *Freud* var den fyrste som synte for ei rolle det spelar i alt menneskeliv, hjå sjuke og friske, i arbeid og kvardagsliv, i kunst, religion og politikk, hjå den einskilde og i samfundslivet. Han viste samanhengen mellom det umedvitne og driftene som er grunnlaget for all menneskeleg åtferd, og korleis vårt medvitne sjølv i hovudsaka er ein reidskap som driftene har skapt seg for å kunna koma til naudsynlege kompromiss seg-imellom og for å kunna taka dei omsyn som trengst til verda ikring. Men fyrst og fremst har *Freud* skapt ein vitskapleg *metode*, både til å granska det umedvitne og til å retta på samarbeidet mellom det og det medvitne sjølvet, det samarbeidet som er eitt av viktugaste vilkåra for sjeleleg helse.

Lat oss stutt rekna opp det som etter vår meining er hovudresultata av *Freuds* gransking: 1) Læra om barneseksualiteten og om seksualutviklinga frå barn til vaksen — eit naudsynleg grunnlag for all forståing av psykologisk utvikling over hovud; at denne læra etter seinare røynsler treng korrektur og utfyl-

ling, gjer ikkje verdet av Freuds grunnleggjande arbeid mindre. 2) Læra om fortrengjinga, det at undertrykte og gløymde minne, ynske og impulsar lever vidare og framleis er verksame, i det dei både bind krefter til å halda undertrykkjinga ved lag, og dertil set seg igjenom i maskerte eller vanskapte former, eller i uventa samanhengar eller i slepp-tenkte augneblinkar. 3) Påvisinga av at ustetta og undertrykte seksual- og pågangs-ynske og -impulsar er årsaka til alle nevrosar og derigjenom til ein stor part, ja størsteparten, av alle sjukdomar (som, mange, sjølvsagt kan eller må ha andre årsaker attåt). 4) Påvisinga av at den vanlege oppsedinga skaper ei lag-deling i sjelelivet, med større eller mindre motsetnad mellom dei ymse lag: mellom det medvitne sjølvet og det umedvitne driftlivet og samvetet eller «over-sjølvet»; denne påvisinga og dei vidare fylgjene av den held no på og vert grunnlaget for ei ny og friare oppseding. 5) Læra om Ødipus-komplekset eller den seksuelle bindinga mellom foreldre og born; at nyare gransking tyder på at dette «komplekset» serleg er knytt til ei viss samfundsform, den patriarkalske, gjer ikkje Freuds oppdaging mindre, men heller meir viktig.

Freud nådde fram til sine resultat i tolmodigt, samvitsfullt arbeid med sine pasientar og med seg sjølv, og uredd fortalde han det han fann. Han skjøna tidleg at det kunne få langtrekkjande konsekvensar, og han var heilt klår over at han ville møta motstand og utskjelling — sjølve arbeidet og granskinga hans hadde synt han at det måtte så vera. Dette var visseleg ein av grunnane til at han tidleg drog seg tilbake frå all polemikk om arbeidet sitt og resultata sine — han fann at det nytta lite eller inkje. I staden la han vinn på å setja fram sine funn og sine konklusjoner og teoriar så klårt og endefram som mogeleg, til bruk for dei som sjølve ville ta arbeidet med å etterprøva dei. Sjeldan har det vel på tysk mål vore skrive klårare om vanskelege emne — Freud var ein av største språk-kunstnarane i sitt land.

Så stor ein vitskapsmann som Freud var, så opi eit syn han hadde både for gamle og nye fakta, og så sterk hans sjeldsynte evne og vilje til objektivitet var, så hadde han òg sjølvsagt sine grenser, som det er rimeleg at me seksualøkonomer peikar på, fordi me reknar oss både for hans mest saklege kritikarar og for hans mest konsekvente arvtakarar. Den grensa som etter vår meining stansa Freud, fordi han ikkje såg ho, er det trykket som samfundstilhøva og det rådande samfundssynet legg jamvel på den vitskaplege granskinga. I det ser me forklåringa både

på lakunene i hans seksualteori, på den form hans sublimeringslære fekk med sin motsetnad millom drift-stetting og kulturell yting, og på hans tendens til biologisering av nevrose-årsakene, ein tendens som serleg syner seg i hans dødsdrift-teori. Med desse teoriane har han etter vårt skjønn sett resultata av sitt eige tidlegare arbeid i fåre, og difor er det me har kome i motsetnad til han. Men det hindrar ikkje at me i takk og vyrdnad er med og hyller minnet om den mannen som med sitt livsverk var den største frigjeraren i vår tid, og som *òg* skapte dei naudsynlege føresetnader for vårt arbeid.

Ola Raknes.

Vegetoterapiens nuværende stilling til psykoanalysen.

1. Seksualøkonomien er læren om seksual-livets lover. Disse lover blir bestemt av orgasmeformelen: Spenning — ladning — utladning — avspenning. På de sjelelige funksjoners område bygger seksualøkonomien videre på den psykoanalytiske oppfatning av neurosene. Psykoanalysens lære om *fortrengningen* og *motstanden* føres videre i seksualøkonomiens lære om den *vegetative sperring*. Den psykoanalytiske grunn-teori om *neurosens seksuale årsaker* føres videre og konsentreres i den seksual-økonomiske teori om *orgasmens funksjon* og teorien om *sjelelige forstyrrelser som en følge av forstyrrelser i orgasmefunksjonen*. Den psykoanalytiske teori om at *det bevisste sinnsliv bygger på det ubevisste* føres videre i den seksualøkonomiske teori om *den vegetative holdning og væremåte*.

Dette er de områder hvor seksualøkonomien stemmer overens med eller fortsetter psykoanalysen.

2. Seksualøkonomien adskiller seg fra psykoanalysen på en rekke andre områder, hvilket vil fremgå av det følgende:

Målet for den psykoanalytiske forskning er å avdekke og oppklare ubevisste sjelelige mekanismer. Målet for den seskualøkonomiske forskning — et mål som søkes nådd ved den karakteranalytiske og vegetoterapeutiske metode — er å avdekke og oppklare *vegetative legemlige mekanismer*. Under dette arbeid fremgår det som et biresultat, at Freuds lære om det ubevisste blir stadfestet.

Den psykoanalytiske terapiske terapis vesen og mål er å gjøre det ubeviste bevisst ved å overvinne den sjelelige motstand. Karakteranalysens og vegetoterapiens vesen og mål er å gjenopprette den vegetative likevekt ved å frigjøre den orgatiske potens. Altså: man søker ikke bare å gjøre det ubevisste bevisst, men å frigjøre den vegetative energi.

For psykoanalysen er hovedformålet å få innflytelse på det ubevisste sjelsinnhold.

For seksualøkonomien og vegetoterapien er det terapeutiske hovedformål derimot å øve innflytelse på den sjelelige og seksuelle

økonomi ved å frigjøre evnen til utløsning av de vegetative seksuelle energier.

3. Forskjell i teknikken:

Den psykoanalytiske hovedmetode er «den frie assosiasjon», vesentlig må gjøre seg gjeldende ved sproglig meddelelse. Vegetoterapiens hovedmiddel er å gripe inn i den uvilkårlige og derfor også ubevisste vegetative holdning og væremåte. I vegetoterapien er derfor *tausheten,* altså utskjaltningen av de bevisste sproglige meddelelser, et av hovedmidlene, hvis hensikt er å bringe de vegetative følelser og affekter, som har sin rot i organiske prosesser, til uttrykk *før de blir bevisst.*

Psykoanalysen søker å unngå de rent legemlige vurderinger og påvirkninger.

I vegetoterapien står arbeidet med *de legemlige* holdninger og symptomer i forgrunnen.

Psykoanalytikeren sitter i regelen bak pasienten og pasienten bør se ham så lite som mulig. I vegetoterapien er denne regel opphevet, da vegetoterapien ikke lenger bruker den psykiske assosiasjonsmetode. Istedenfor den frie assosiasjon setter vegetoterapien *den frie utfoldelse av alle de vegetative holdninger og væremåter som er eiendommelige for pasienten.*

4. Psykoanalysen er en psykologi, seksualøkonomien en seksuologi. Derfor er forutsetningene for å praktisere vegetoterapien grunnforskjellige fra de tilsvarende for psykoanalysen. Den vegetoetrapiske praksis krever:

a) et tilstrekkelig kjennskap til grunnelementene i sosiologi, altså lovene for de samfunns-prosesser som øver innflytelse på menneskenes vegetative liv.

b) kjennskap til grunnelementene i seksualmoralens utviklingshistorie fra urtidssamfunnet til nå.

c) kjennskap til grunnelementene i psykiatrien, og særlig de schizofrene og de manisk-depressive mekanismer.

d) Virksomhet som vegetoterapeut krever i stadig stigende grad kjennskap til det autonome eller vegetative system og til grunnelementene i den menneskelige psykologi, videre kjennskap til grunnbegrepene i endokrinologien og forplantningsfunksjonen.

e) Forsåvidt som det er mulig å trekke slutninger av vegetoterapiens nåværende utvikling, vil vegetoterapeuten også som en nødvendig forutsetning måtte ha kjennskap til grunnelementene i cellebiologien og til de vegetative strømningsfenomener og de elektriske fenomener i primitive organismer.

f) Da vegetoterapien arbeider seg stadig mer over på de legemlige sykdommers område, blir kjennskapet til de elektriske ladnings-

tilstander i huden hos neurotiske og psykotikere en av de nødvendige forutsetninger for det daglige praktiske arbeid.

Av denne oversikt vil det fremgå, at seksualøkonomien og vegetoterapien bare *historisk* henger sammen med psykoanalysen, og i behandlingen bare har berøring med den hvad den rent psysiske side av neurosen angår, mens den for øvrig griper vidt ut over psykoanalysen og over på det biologiske og sosiologiske område.

I neste nummer av tidsskriftet vil fremkomme en artikkel med redegjørelse for de karakter-analytiske vegetoterapeuters prinsipielle stillingtagen til den nye lov om autorisasjon av psykoanalytikere.

For pedagoger: Dette nummer er blitt helt igjennom klinisk og teoretisk, men fra neste nummer av skal vi også bringe en del pedagogisk stoff, både teoretisk og praktisk.

Til leserne: Vi vil være meget takknemmelige for på alle måter å komme i forbindelse med leserne. Annetsteds i tidsskriftet er nevnt at det fra neste nr. vil komme en spørsmåls-rubrikk, og at vi etter evne vil besvare spørsmål fra leserne angående seksuelle og pedagogiske problemer. Vi vil også være takknemmelige for kritikk og forslag til artikler etc.

I neste nummer kommer et engelsk resymé av tidsskriftets artikler.

Sykehistorier:

1. Behandlinga av ei depresjon.

AV
OLA RAKNES

Det tilfellet eg her skal referera, er det fyrste som eg har behandla konsekvent, frå fyrst til sist, med den karakter-analytiske vegeto-terapien som er utarbeidd av Wilhelm *Reich* ut frå hans seksualøkonomiske nevroselære. Den fyrste framstelling av denne teknikken finst i dr. Reichs skrift «Orgasmusreflex Muskelhaltung und Körperausdruck. Oslo — Kopenhagen, Sexpol-Verlag, 1937.»

For eit par år sidan kom det til meg ein ung mann og spurde om eg trudde det kunne vera noko råd til å hjelpa han. Han hadde inga interesse for nokon ting, korkje for arbeidet sitt, for familien eller for omgjenget sitt, hadde inga politiske eller sosiale eller religiøse interesser, det var i det heile ingen stas ved å vera til. Han visste ikkje om nokonting som var i vegen med seg, på éin ting nær: han hadde så å seia inga seksuelle interesser, var aldri forelska og merka ikkje noko seksuell draging til dei kvinner han var saman med. Derimot hadde han visse fantasiar eller veike impulsar som galdt menn: ofte når han kom forbi eller snakka med ein velvaksen mann, serleg om det var ein arbeidsmann med ljos, frisk hud, fekk han hug til å trykkja seg inn til han eller slå armane om han. Desse fantasiane eller impulsane gjekk aldri vidare, og aldri hadde han gjeve etter, eller for ålvor tenkt på å gjeva etter, for dei. På grunn av desse fantasiane rekna han seg for homoseksuell, og det var dei som fekk han til å rekna tilstandet sitt for sjukleg og til å søkja lækjar for det. Nervelækjaren som han gjekk til, hadde så vist han til meg. Og no vona han at behandlinga ville setja han i stand til å finna glede i arbeidet sitt og til å leva eit normalt familieliv.

Den depresjonen han kom med, hadde vart nokre månader. Før hadde han ikkje gjort seg noko tankar om at det var noko i vegen, og hadde vore nokolunde fornøgd med livet sitt. Han var son av ein lågare embetsmann i ein småby, og var no kring 27 år gamal. Han hadde inga andre sysken enn ein 10 år eldre bror, som pasienten meinte aldri hadde spela nokor større rolle i livet hans, og som no i fleire år har vore busett i utlandet, der han óg er gift. Barn-

domen til pasienten hadde, etter det han kunne minnast, vore svært fredeleg, utan noko serlege hendigar. Han hadde vore ein flink skulegut som hadde stade seg godt med lærarane, og det same galdt dei seinare skulane — millomskulen, gymnaset og høgskulen. Etter høgskulen hadde han eit par år drive vitskapleg arbeid, og hadde deretter gjenom ein eldre kollega fått ei god stilling i eit internasjonalt firma, som driv med fabrikasjon og sal av ein moderne masseartikkel. Hans arbeid var å føra tilsyn med den tekniske sida av visse deler av framstellingsprosessen. Depresjonen hadde blitt så tydeleg at han vart plagsam om lag ved den tid då pasienten vel var komen inn i arbeidet i den nye stillinga si.

Eg kunne ikkje taka han i behandling på det tidspunktet, og sa det ville vara nokre månader før eg kunne rekna med å få nokon ledig time. Dessutan hadde eg liten hug til å taka han bort frå arbeidet sitt, og han budde 3—4 timars veg frå Oslo med jernbane. Eg spurde om han kunne tenkja seg å vera med på eit eksperiment: at han kom til Oslo kvar laurdag kveld, fekk ein time då og ein time sundag føremiddag og ein tridje sundag ettermiddag, so han kunne reisa tilbake om kvelden. Det ville han gjerne, og me avtala då å gjera det på den måten, so snart eg fekk tid. Det gjekk 4—5 månader, før han kunne få taka til. I mellomtida hadde far hans døytt, ei hending som ikkje syntest ha gjort noko serleg inntrykk på han.

Eg har sjelden hatt slikt strev med å bli klår over mitt eige inntrykk av ein mann som av denne. Han var ein medels høg, velvaksen kar, med markert, men ikkje overdrivi, kanskje litt treg høflig framferd. Andletet såg ved fyrste augnekastet ope ut, men såg ein nærare etter, so fortalde det ingenting; augo var opne, men kalde, om munnen var det ofte ein påemna smil, som kunne tyda på velvilje, på forvitenskap, og på ei trassig utbjoding: «ja, berre prøv om De kan koma nokon veg.» Rørslene hans var kanskje litt seine og tunge, men ikkje stive. Han hadde ei tydeleg ulyst til å snakka av seg sjølv, han venta til eg spurde han ut om kva som var i vegen og om hans forhold elles. På spørsmåla mine svara han i ein turr matter-of-fact-tone, utan annan affekt enn ein snev av motløyse eller interesseløyse mot slutten av setningane.

Eg tok til med å forklåra han at formålet med behandlinga var å gjera han klår over sine eigne ynske, få han til å oppleva dei på ein slik måte at han fekk tiltak og energi til å realisera dei så langt det var råd. Til å byrja med måtte han læra å kjenna sin eigen kropp og dei impulsar som han til vanleg ikkje la merke til. For at desse impulsane kunne ha lettare for å koma fram, bad eg han spana av, vidare å pusta djupare, serleg pusta betre ut enn han var van, og gjeva etter for alle impulsar han måtte merka, so framt han ikkje

såg noka vesentleg ulempe ved dei. Elles kunde han gjera som han ville i timane, sitja i stolen eller andre stader, liggja på divanen, gå ikring i romet, nett som han sjølv ynskte. Hadde han noko han ville segja, kunne han det, eller han kunne teia still, om han heller det ville. I den fyrste tida sat han for det meste.

Eg bad han leggja merke til kva han kjende av kroppen og av andletet sitt. Fyrst kjende han ingen ting, sa han — det var som han ikkje skjøna spørsmålet. Eg meinte han måtte då i minsto kjenna trykket av kroppen mot stolen han sat i. Ja, det gjorde han sjølvsagt, og eg fekk ei lita opprekning av dei stadene der han kjende dette trykket. Eg gjorde oppmerksam på at han sat med stiv rygg og spente aksler, og det kjende han — og stivna i neste augneblink til i ei ny stilling. Eg gjorde oppmerksam på andletet hans, kor lite uttrykk det var i det, men det tok lang tid før han fekk noko kjensle av det. Derimot kunne han mesta straks kjenna kor uttrykkslaus røysta hans var.

Ei tid frametter stod dette, å få han til å kjenna kroppen sin og andletet sitt, og kva han til kvar tid gjorde, i sentrum av arbeidet. Lenge var det tydeleg at han for det meste tenkte seg om og tenkte ut kva han burde kjenna, og so konstaterte at det stemte, han kjende eit trykk der og der, ei stramning på den og den staden. Det hende ein og annan gongen, soleis éin gong alt i fyrste timen, at han til si forundring konstaterte at han ingenting kjende på stader han hadde venta å kjenna noko, — ikkje rettare eg minnest, var det fyrste gongen trykket av ryggen mot stolryggen han ikkje kjende. Oftast når han hadde konstatert eit trykk eller ei spaning, skifte han litt på stillinga, og vart so sitjande urørleg i den nye stillinga liksom før i den gamle. Di meir han kjende av kroppen sin, di plagsamare vart det å sitja slik og skifta stilling stødt. Då eg gjorde oppmerksam på at han ikkje trong sitja still, tok han til dels å gå kringom i romet, dels å leda meir på seg der han sat eller låg — han hadde no teke til å liggja på divanen innimellom. Det lukkast etter kvart å syna han at han for det meste berre konstaterte dei kjenningar han merka i kroppen eller andletet, at han nesten aldri fylgde med i ei kjenning og tok nøgnare greie på ho eller fylgde med i utviklinga av ho. Og det meste han kjende var slikt som han kunne resonnera seg til, med andre ord slikt som han tenkte at eg venta av han. Då han hadde teke til å røra meir på seg, var det snart klårt at dei aller fleste av rørslene hans var heilt vilkårlege; og kom det enkelte spontane, av ein fot eller ei hand eller ein finger, so vart dei straks enten stoppa eller mekaniserte. Då eg gjorde oppmerksam på mekaniseringa, prøvde han å maskera ho. Eit døme: Ei av dei rørslene som syntest byrja spontant, var ei svinging med den eine foten; denne

rørsla fekk snart ein heilt mekanisk rytme, vart heilt einsformig. Då eg peika på det, tok foten til å svinga friare att — men om ei tid kom eg etter at han likevel svinga etter eit visst innvikla mønster, eg trur det var åtte taktar.

Det vart meir og meir tydeleg at alt det han kjende av kroppen sin hadde ein ulyst-tone, og at han difor prøvde å kjenna so lite som mogeleg av det og å tenkja minst mogeleg på det. Alle rørsler han gjorde vilkårleg, dei sa han at han gjorde for å få slutt på ei uro eller ei ulyst han kjende, og han kunne i det heile ikkje tenkja seg kroppsleg lyst anna enn som fred for uro eller ulyst. Det same galdt òg onanien, som han hadde praktisert sidan puberteten, utan større interesse, men for å få fred for uroa i kroppen.

Under dette arbeidet vart han stendig meir og meir misnøgd med seg sjølv og livet sitt, stundom og med behandlinga som ikkje gjorde det lettare, heller tvert om. Innimellom arbeidet med kroppen hadde han heile tida fortalt små drag frå sitt daglege liv, både i fabrikken og i småbypensjonatet. Det var alt lite interessant, men noko bestemt å kritisera hadde han ikkje til å byrja med. Etter kvart som han kjende seg meir og meir plaga av kroppskjenningane sine, fann han meir og meir å kritisera ved det livet han levde, serleg når det galdt arbeidet. Han tykte ingen tok større omsyn til han, korkje over- eller under-ordna; alltid var det han som måtte venta, hans framlegg eller spørsmål eller påbod kom i andre eller siste rekkja, han hadde ei kjensle at det aldri lukkast å gjera seg gjeldande. — Det var i lang tid utetter so å segja aldri tale om seksuelle problem, fråreknа at han av og til, til dels på spørsmål frå meg, fortalde at dei «homoseksuelle» tankane dukka opp om lag som før.

Etter at me hadde arbeidt ei tid med kroppskjensla hans og, i tilknyting til den, med hans autoritære innstilling — som kom so tydeleg fram i utvalet og konstateringa av dei ymse kroppskjenningar —, tok eg til å lata pasienten liggja på divanen og pusta so djupt som han utan press kunde. Det varde ikkje lenge før det tok til å koma ei rytmisk bylgje-rørsle i kroppen, som det likevel tok ei tid før han sjølv kjende. Det gjorde han fyrst etter eg hadde fått han til å setja opp knea og føra dei frå kvarandre og saman att i takt med andedraget. Då han fyrst hadde teke til å kjenna bylgjerørsa i kroppen, varde det ikkje lenge før han òg tok til å kjenna at sume stykke av kroppen kom ikkje med eller beint fram at rørsla vart bremsa der. Endå denne rørsla frå fyrst av hadde same ulyst-dåmen som alt anna han kjende av kroppen, eller i høgda kjendest affektivt nøytral, so vart han likevel fyrst utolmodig, di næst arg og til slutt, innimellom, rasande når han kjende at han ikkje fekk rørsla — eller pusten — til å gå fritt. Ein dag han klaga over at alt han kjende av kroppen

sin var ulyst, og la til at han ikkje kunne førestella seg ei positiv lyst--oppleving frå kroppen sin, gjorde eg han oppmerksam på nokre små-rørsler han gjorde med fotbladet og rista, rørsler han sjølv ikkje hadde lagt merke til, og spurde om ikkje dei kjendest umiddelbart gode, dei såg så ut, sa eg. Han kjende etter, og andletet hans lyste opp i forundring: «Er det då mogeleg å kjenna noko positivt godt av kroppen?» Eg bad han kjenna etter sjølv, og heile resten av timen — dette var i byrjinga av timen — låg han med eit levande interessert og fornøgd andlet og oppdaga kvar augneblink nye rørsler og nye inntrykk frå kroppen som det var ei lyst å gjera og å kjenna; det vart ikkje sagt eit ord før timen var ute. Det var tydeleg, både med det same og seinare, at han kjende denne timen som eit vendepunkt, og slik stod — og står — det for meg òg.

I den næraste tida etter dette, var han svært fornøgd med behandlinga og arbeidde interessert med på å lata spontane, vegetative rørsler koma fram, og på å kunna kjenna kva det var som bremsa dei. Men dette velnøyet varde ikkje lenge; det vart snart overdøyvt av eit aukande misnøye med arbeidstilhøva og med livet elles; serleg plaga det han at arbeidet hans vart so lite påskjøna, endå han tykte *han gjorde alt det ein kunne venta av han.*

Eg slo ned på dette uttrykket hans, og viste han, ut frå det han hadde fortalt om livet og arbeidet sitt og ut frå det han hadde lagt for dagen og opplevt i timane, at dette var ei grunninnsilling hjå han og hadde så vore alltid: å gjera det folk venta, eller det han trudde dei kunne venta, av han. For fyrste gongen skjøna han at det fanst andre måtar å taka arbeidet på, nemleg ut frå eins eiga saklege og subjektive interesse. Desse to «oppdagingane», at kroppen kan gjeva positivt lyst og at ein kan driva sitt arbeid ut frå ei sakleg interesse, kom i tid kort etter kvarandre, og vart innleidinga til ei grundig omlegging i hans innstilling både til seksuallivet og til arbeidet. Eg skal taka siste punktet fyrst, sidan det var det me arbeidde fyrst og mest med, endå behandlinga av seksualiteten frå no av kom stendig med og gjekk jamsides arbeidet med kroppen og drøftinga av hans arbeidsproblem.

Etter den sist-nemde «oppdaginga» tok pasienten til å sjå med nye augo på arbeidet sitt, og til å byrja med gjorde det han fortvila. Han såg at ein stor del, han meinte sjølv meir enn halvparten, av det arbeidet han vart sett til, det var sakleg sétt bortkasta, tente inga reelle føremål. Men korleis kunne han, yngstemann i fabrikken, koma og seia til sine føresette at det arbeidet dei sette han til, var meiningslaust? Der sat dei med kvar si røynsle, kvar si «sakkunne» — og kvar si personlege fåfengd. Kunne han ikkje koma til å missa stillinga si om han kom og sa at dei fór med tull? Og kvar skulle han, som no hadde spesialisert seg på dette tronge, om enn viktige

feltet, kvar skulle han få ei jamgod stilling att? Dessutan tok han til å tvila på om framstellings-prosessen som han skulle kontrollera, gjorde produktet så godt og tenleg som det burde vera. Han kvidde seg med å gå nærare inn på dette spørsmålet, for han såg snart at om han fann feil, so kunne ei omlegging av framstellinga bli so dyr, at styret nekta å gå med på ho, — og då ville vel han, som hadde kritisert den brukte måten, bli lite velsedd i fabrikken.

Det var med dette siste spørsmålet han tok til likevel. Han gav seg til å granska under mikroskopet det halvferdige produktet på dei ymse steg av framstellinga, og fann ut at det på eitt av dei tidlege stega oppførde seg annarleis enn det etter faglitteraturen skulle. Denne oppdaginga, som det ikkje var råd å tvila på var rett, måtte føra til ei omlegging av ein del av framstellingsprosessen. Han synte oppdaginga til sine føresette, — og dei var einige med han, og omlegginga vart sett i verk.

Eg hadde venta at han skulle bli glad — og kanskje litt kry — både for oppdaginga og for det resultatet ho førde til. Men det var det ikkje spor av — det var som han berre halvveges var oppmerksam på at han hadde gjort ei oppdaging som vart grunnlag for ei viktig omskiping ved fabrikken. Det gav han inga auka sjølvkjensle, og han var like usæl som før ved tanken på alt det unyttige arbeidet han gjorde; det kunne på ei vis gå før, så lenge han ikkje såg og visste det var bortkasta, men no var det ikkje til å halda ut. Han hadde klaga over dette til bror sin i utlandet, og broren trøysta han med at han måtte vera glad om han hadde eit arbeid der han kunne sjå nytten av 75 % det. Men min pasient tykte dette var ring trøyst — bortset frå det at det var meir enn 25 % av sitt arbeid han ikkje kunne sjå nytten av. Han vart verande fortvila, for det såg altfor fårleg ut å koma med nokon kritikk av dei overordna. Eg føreslo at han skulle sjå etter om det ikkje var nokon av dei overordna han kunne alliera seg med, eller noko i deira arbeid han kunne finna tilknyting til. Til å byrja med fann han ingen og ingenting, men etter kvart som frigjeringa av kroppen gjorde han friare og djervare i tanken, såg han visse utvegar til ei slik tilknyting. Og då so ein overordna frå hovudsætet for selskapet kom til fabrikken, fekk han sett honom inn i sitt syn på arbeidet og fekk han med på det. Med hans hjelp fekk han gjennomført ei heil omlegging av arbeidet sitt, og fekk selskapet til å yta pengar til innreiding av eit nytt laboratorium og til den arbeidshjelp han gjorde framlegg om.

Om lag ved den tid han tok til å sjå med nye augo på arbeidet sitt, møtte han att ei jamaldra gjente som han i fyrste barndomen hadde vore leikebror med, men som han no ikkje hadde sett stort til på mange år; ho budde no i Oslo. Straks etter han hadde møtt

henne att, baud han henne med ut på dans ein laurdagskveld; eg minner om at dette hende stutt tid etter han hadde oppdaga at det var mogeleg å oppleva kroppsleg lyst. Under dansen denne gongen kjende han, for fyrste gong i sitt liv meinte han med det same, ei vellyst ved å halda ei kvinne i armane sine. Men då han hadde fortalt om det, kom han på at han hadde nok kjent noko liknande som barn òg. Då var det ei vaksi gjente som brukte å kjæla og klemma han, og for det gav ho han kvar gong 2 øre. Ein gong ho hadde klemt han og han rette fram handa etter to-øringen, var det einkvan som såg det og lo eller på annan måte gjorde narr av han. Han hadde vorte fælt skamfull, og frå den tid var det slutt med kjælinga for godt. — Eg nemner med det samme at det i heile behandlinga ikkje kom fram andre konkrete barndomsminne enn dette eine som syntest gjeva forklåringa på ein viktig del av hans seinare åtferd.

Han vart no brå-forelska i den gamle leikesyster si, og kort tid etter fridde han til henne. Ho var i tvil om kjenslene sine og ville venta med å taka ei avgjerd. Ei tid frametter møttest dei so tidt dei båe hadde høve til det, som regel kvar sundag. Etter kvart som arbeidet med kroppen gjorde han friare, kom det til større og større intimitet mellom dei, utan at dei likevel kom til noko seksuelt forhold. Ho var tydeleg sjølv reservert, men etter det han fortalde såg det ut som ho venta og ynskte meir pågang frå hans side. Det tok ei tid før han våga gjeva etter for sine pågangs-impulsar, og då han omsider våga det, hadde ho teke til å forelska seg i ein annan, og han vart avvist. Det kom elles ikkje heilt uventa på han, ho hadde vore endå meir reservert i det siste enn før, så endå avvisinga gjorde vondt, så gjekk det ikkje så fælt innpå han likevel.

Arbeidet med kroppen hadde i denne tida gått ut på å frigjera dei vegetative rørslene i samband med pusten. Under dette kom det fleire gonger, som regel i tilknyting til grimaser og rykkingar i andletet, til bråe utbrot av blindt sinne, som aldri varde meir enn nokre augneblinkar. Det var tydeleg at han etter desse utbrota vart modigare og friare, både mot veninna si og andsynes sjefane sine — det var nettopp i denne tida han fekk gjennomført den omskipinga i arbeidet sitt som før er nemnd.

Etter kvart me fekk løyst på stramningar i kroppen, serleg i beina, krossryggen, bringa og halsen, var dei spontane rytmiske rørslene ved pustinga sterkare og meir samanhangande. Då han merka at dei gjekk av seg sjølv, vart han redd, men våga seg smått om senn til å lata stå til meir og meir. Om ei tid kom desse rørslene med slik styrke at når han fyrst hadde slept dei på seg, kunne han ikkje vilkårleg stogga dei før dei dovna av seg sjølve. Ein gong byrja desse reflektoriske rørslene medan han sat i stolen og pusta djupt;

for å gjeve kroppen høve til å røra seg heilt fritt, måtte han skunda seg og kasta seg bort på divanen. Ein annan gong om lag på same tid — det var kort tid før det omtala brotet med venninna hans — kom det saman med dei spontane rørslene ein kraftig ereksjon, og dei rytmiske samandragingane av kroppen enda med kloniske rykkingar av bekkenet og ejakulasjon. Pasienten opplevde desse rykkingane med sterk lystkjensle. — Eg skulle ha nemnt at kort tid før dei spontane rørslene vart så sterke at dei ikkje let seg vilkårleg stogga, hadde pasienten mange gonger kjent sterke varme straumar i kropps-yta, fyrst i beina, sidan i buken og bringa, sist kringom og i kjønnsorgana.

Det var klårt at me her hadde for oss den *orgasme-refleksen* som *Wilheilm Reich* hadde oppdaga og skildra[1]. Eg hadde likevel ei tydeleg kjensle av at det var noko i vegen med desse refleksen, endå det tok meg ei tid å finne ut kva det var. På den psysiske sida var det tydeleg at han enno ikkje hadde den frie, naturlege sjølvkjensla som me ventar skal koma med ein fri orgasmerefleks. Ved å studera rørslene og åtferda hans vidare, vart eg mint på nytt om det som i fyrstninga hadde hendt med alle rørsler som synte om aldri så liten spontanitet: dei vart i andre omgang alltid mekaniserte. Det same var no tilfellet med orgasme-refleksen: kroppen gjekk, fårekna rykkingane til slutt, meir som ein godt oppdregen mekanisme med aukande fart enn som ein levande organisme i naturleg funksjon. Som ein freistnad på å få bryta denne mekaniseringa bad eg pasienten rista litt på handa, liksom han ville bruka fingrane til kastanjetter; han gjorde det, og kjende at rørslene med hendene og armane baketter gav ei tydelig lystkjensle, sterkare enn den han før hadde kjent i desse lemene. Ei kort tid arbeidde me med å få i stand ei tilsvarande oppløysing eller oppmøyking av beina og bulen, og etter kvart vart då orgasme-refleksen mjukare og lettare og miste mykje av sin mekaniske karakter.

Då behandlinga, som no hadde vart 153 timar over ei tid på 15 månader, var komen so langt, stod sumarferien for døra. I den siste tida, siden det vart slutt med veninna hans, hadde han sakna kvinneleg omgjenge, og hadde kome i kjennskap med eit par gjenter som han ikkje lika noko vidare. Han kom då til å tenkja på ei ung dame han tidlegare hadde vore ein del saman med, i den tida han aldri forelska seg. Han skreiv til henne, og dei avtala å vera saman ein del av ferien. I tilknyting til ferien skulle han reisa rundt i landet ein del for fabrikken (han hadde ei tid før fått pengar og permisjon av fabrikken til ei studieferd til utlandet — alle hans forslag om slikt

[1] Orgasmusreflex, Muskelhaltung u. Kørperausdruck, 1937.

føre behandlinga hadde møtt blankt avslag). Han kom soleis til å taka eit avbrot på om lag halvannan månad i behandlinga.

Han kom att etter ferien strålande fornøgd — han hadde no avgjort med seg sjølv at han ville slutta behandlinga, han hadde nådd det han ville og meinte han skulle greia seg utan meir hjelp. I ferien hadde han fyrst gjort nokre studieferder, og deretter hadde han møtt den nemnde unge dama og vorte saman med henne fyrst i fjellet, deretter ved sjøen. Han hadde forelska seg med éin gong, var stødt saman med henne — dei var fyrst fleire i fylgje —, og det varde kje mange dagane før ho svara på kjenslene hans. Noko av det fyrste ho sa då dei møttest, var eit utrop: «Nei kva er det som har hendt deg? Du er reint forandra, du er blitt heilt opp levande, og det var du då aldri før.» Dei siste dagane hadde dei vore saman seksuelt òg; sidan dei inga preventiv-middel hadde med seg, laut dei bryta av samlega — noko som det berre var so vidt han kunne, for di bekkenet tok til å rykkja og gjekk av seg sjølv. — Han skulle om nokre veker på studieferd på hennar kant av landet, og til den tid var det avtale dei skulle sjå seg om etter utvegar til å kunna gifta seg.

Eg gjorde han oppmerksam på at andletet hans enno ikkje var fritt, at det enno ofte var noko stivt og mekanisk i dei spontane rørslene hans, og at det under behandlinga hadde kome fram so få barndomsminne. Men sidan han sjølv kjende seg so frisk og fornøgd og tillitsfull, kunne eg ikkje råda han til å halda på lenger. Han slutta altså og tok farvel, med ei varm takk for resultatet, som han var lukkeleg for.

Om lag to og ein halv månad seinare fekk eg brev frå han; han var ulukkeleg og bad om ei samtale næste helg. Han kom, og fortalde at dama hadde sagt det laut vera slutt mellom dei. Han hadde etter avtale kome til hennar by, dei hadde vore saman, òg seksuelt, og no utan avbrot eller atterhald. Men snart vart begge på det reine med at det ikkje lenger var som i ferien. Ho tykte han rette seg for lite etter skikk og bruk, og klaga dertil at han sa for lite, fann på for lite. Han for sin part tykte ho var for kravsam, venta at han alltid skulle spandera — endå ho hadde like god råd som han — og at ho alltid ville ha avgjerda. På mitt spørsmål sa han, at han nok hadde lagt merke til under samlega at ho ikkje var heilt med, men det hadde han prøvt skuva frå seg og ikkje tenkja på. Etter kvart som han fekk snakka ut om korleis misstemninga mellom dei hadde kome opp, såg han at dei eingenleg høvde lite saman, både seksuelt og annarleis; han hadde nok stundom vore inne på den tanken før òg, men hadde ikkje heilt våga å stå ved han. No fekk han lyst til å sjå seg om etter kvinner på sin eigen kant av landet, det måtte

då finnast gjenter der òg, men hittil hadde han ikkje kunna sétt seg om etter dei.

Eg let han leggja seg på divanen ei lita stund, og før eitt minutt var gått, kom det spontane vegetative rørsler, som etter kvart samla seg i ein orgasme-refleks. Rørslene var no mjukare og friare enn før, og andletet var meir med, kunne m. a. langt betre enn før gjeva uttrykk for lystkjensle ved rørslene; men heilt fritt var det ikkje. Omfram andletet var det serleg øvste stykket av bulen, bringa litt nedanfor halsgropa og ryggen frå halsen ned mellom herdablada som enno var noko stive. Men stort sétt synte rørslene hans at framgangen i mjukleik frå siste tida av behandlinga hadde gått vidare sidan òg. Til det svara òg det han fortalde om arbeidet sitt. Den sjølvstendigare stillinga si nytta han til meir og meir sjølvstendig arbeid på heilt sakleg grunnlag, og spurde ikkje meir etter reglement og order enn det han fann sakleg grunn til. Eg hadde difor gode voner for framtida hans, jamvel om eg kann tenkja meg at det som stod att uløyst *kann* (men ikkje treng) gjeva grunnlag for eit tilbakefall.

So lenge det ikkje har gått lengre tid sidan behandlinga slutta, finn eg det for tidleg å taka opp til drøfting dei ymse problem som dette tilfellet kunne reisa. Berre eitt vil eg alt no peika på, av di dette tilfellet reiser det tydelegare enn noko av dei andre tilfella eg har behandla med vegeto-terapevtisk teknikk. I dei allerfleste tilfelle er det så at når pasienten fullt ut kjenner ei holdning, eitt uttrykk eller ei spaning slik at han opplever dei, så dukkar det òg fram minnet om den situasjonen eller den hendinga som skapte dei. I fleire tilfelle har eg på den måten fått ein større rikdom på tidlegare gløymde minne enn i noko av mine tilfelle med psykoanalytisk behandling. I dette tilfellet derimot kom det så å seia inga gløymde barndomsminne fram — frårekna det eine eg har nemnt, — endå me arbeidde oss grundig igjennom hans meir eller mindre infantile hemningar i tilslutning til deira kroppslege uttrykk. Det problemet som reiser seg, er dette: Kann ein grundig og varig retta på infantile innstillingar, vinna over infantil angst og frigjera dei naturlege impulsane, utan at minnet om dei situasjoner og hendingar som skapte desse ting, kjem til medvit og til uttrykk? Er det nok at ein finn ut og får pasienten til å oppleva hemningane sine i deira aktuelle forankring og får han til å vinna over dei der? Som dette tilfellet no står, kan det ikkje gjeva noko løysing på problemet, men det tvingar oss til å ha det for augo.

Vegetoterapi.

AV

ODD WÅGE HAVREVOLD

I.

HISTORIKK

Vegetoterapien er grunnlagt av dr. Wilhelm Reich. Den betegner på samme tid en fortsettelse av og et brudd med den Freudske psykoanalyse, både i det teoretiske fundament og i den tekniske utformning av psykoterapien. Det er nødvendig å begrunne dette med en oversikt over utviklingen av den del av psykologien som betegnes som den «analytiske psykologi».

Psykologien kan vi skjematisk finne preget av tre epoker.

1) *Psykologien inntil Freud.* Denne epoke kan vi betegne som *«fenomenologisk»*. Dens forskningsfelt har vesentlig vært de ytre, av alle erkjennbare, fenomener av sjelelig natur.

Den har innregistrert fenomenene på vår psykes overflate og samlet et svært materiale av iakttagelser. Psykiatrien, som den manifesterer seg i dag, befinner seg i denne periode av iakttagelse og innregistrering av fenomener. Dens utvikling i de senere årtier går i retning av å knytte iakttagelsene fra det fysiske og psykiske sammen til en «psyko-somatisk» oppfatting av organismen som helhet.

Den fenomenologiske periode har overlatt oss en enorm stoff-fylle, og vil vel alltid fortsette som en bestemt gren i forskningen. Men bortsett fra det verdifulle erfaringsmateriale den bringer oss, er den tørr, deskriptiv, «mekanistisk» i sitt vesen.

2) *Freud* innledet i slutten av forrige århundre en helt ny epoke i psykologien. Hans innsats betegner en veldig landevinning i psykologien. Den faller i flere ledd som organisk hører sammen. De viktigste punkter er: 1) *Påvisningen av den infantile seksualitet.* 2) Systematisk avdekning av *det ubevisste sjelsliv,* et område som forskere tidligere hadde streifet, men ikke erkjent og kartlagt som Freud. 3) Innføring i *dybdespykologien* som han erkjente gjennom oppfinnelsen og anvendelsen av 4) *den psykoanalytiske undersøkelses- og behandlingsteknikk.*

Spesielt må legges brett på Freuds seksualteorier.

Begrepet seksualitet blir av de fleste mennesker, til dels også av presumptivt sakkyndige, nesten utelukkende oppfattet som de fornemmelser, reaksjoner og handlinger som er knyttet til kjønnsorganene, genitalia.

I psykoanalytisk sprogbruk, og enda mer i seksualøkonomien, må «Seksualitet» oppfattes og forståes på en annen og bredere basis.

I seksualøkonomisk forstand oppfattes «Seksualitet» som energi, «leve-energi». Vår egen fornemmelse av «liv» i oss selv er direkte eller indirekte knyttet til vår driftsenergi, vår seksualitet.

Den analytiske forskning, startet av Freud, sammen med den nyere barnepedagogikk og barnepsykologi, har åpnet øynene for at de fenomener som hos voksne manifesterer seg som genital-seksualitet, har sin begynnelse hos spedbarnet under ganske andre former.

Seksualenergien — leveenergien søker «Lyst», og den søker lysten der hvor den best kan fornemmes. Hos spebarnet er den knyttet sammen med spiseakten, pattingen. Den er knyttet til huden, særlig til bestemte partier av denne. Senere knyttes den til prosessene for tømming av tarm og urinblære, og lystfornemmelsene forbindes med de organer som deltar i disse prosesser: leber, tunge, svelg, endetarm, urinrørsåpning, forskjellige hudpartier som: håndflate, ansikt, brystvorter, osv. Hos voksne finner vi rester av disse tidligere dominerende fikseringssteder for lystfølelsen igjen som «erogene soner»: steder på kroppsoverflaten som ved pirring gir genital-seksuell opphisselse. Ja, pathologisk finner vi voksne mennesker, hvor utviklingen til den normale genitale seksualitet er blitt hemmet, så det seksuelle driftsavløp er blitt hengende i en av disse infantile lokalisasjoner.

Barnet begynner tidlig å leke med og pirre disse erogene soner. Hos spebarnet er dette knyttet til munn (sutting, smatting, «su på fingeren»), svelg og stemme (pludring, gledeshyl osv.). Senere trekkes kjønnsorganene inn i egenpirringen som da kalles for *onani*. Det er lett å konstatere for en oppmerksom iakttager at barnet tydelig merker den kvantitative økning av lystfølelse ved den genitale pirring i forhold til de ovennevnte ikke genitale pirringer. De former for egenpirring som foregår *før* barnet begynner å onanere, kalles for *pregenitale*. De er sælig knyttet til munnen, samt til endetarmåpningen og urinrøret, og særlig til disses funksjoner som uttømningsorganer for urin og avføring. Selve produktene, urin og avføring, eier også tidlig barnets levende interesse.

De pregenitale pirringer finner vi leilighetsvis igjen hos voksne som «onaniekvivalenter».

Lystfølelsen ved bevegelser viser seg ved barnets spontane og tilsynelatende helt umotiverte muskulære aktiviteter.

Alle disse spontane seksualytringer hos barnet blir i vårt nåværende samfunn mer eller mindre hemmet, fordi dette samfunnet er seksualfiendtlig innstillet. Den uskyldige barneleken er «gal», «stygg», «fy»!, «uoppdragen», ja «FARLIG». Barn blir ikke oppdratt etter sine egne spontane ønsker og drifter, men etter de voksnes meninger og utålmodighet, etter foreldrenes husrom. Biologisk sett kommer de til verden på en «feil klode», nemlig de voksnes og ikke barnenes. Det er bare ganske få primitive samfunn, matriarkater med «seksualbejaende» moralinnstilling, som kan gi oss et noenlunde biologisk riktig bilde av hvordan barn i virkeligheten forholder seg når de får utfolde seg etter sin natur, og ikke etter de «voksnes» hemming av barnets drifter.

Freuds viktigste oppdagelse er utvilsomt påvisningen av den barnlige seksualitet. Det ga ham nemlig høve til å studere individets

utvikling fra barn til voksen på en ny måte. Han så og påviste individets *indre* utvikling, dets stumme historie, dets liv bak de kulisser som markeres av det ytre livs fenomenologi. «Freuds psykologi kan derfor betegnes som *«Historisk-genetisk»*. Den avslører individets indre historie, illustrert gjennom seksualitetens skjebne hos individet.

Freuds arbeider innleder en epoke som betegner et revolusjonerende sprang i psykologien. Et helt nytt syn på mennesket betinges i disse nye iakttagelser. De leverer den uundværlige basis for den videre utvikling, idet det nye spørsmål, det nye forskningsfelt som dukker opp, blir: «hvad er kraftkildene, energien i alle disse fenomener?»

Og her kommer vi over i den tredje epoke, den *«energetisk-funksjonelle»*, oppstillet og utarbeidet av Reich i Seksualøkonomien.

3) *Den energetisk-funksjonelle psykologi* går prinsipielt et skritt videre, og liksom Freuds *historisk-genetiske* psykologi danner et brudd med den tidligere *«fenomenologiske»*, betegner Reichs psykologi et brudd med psykoanalysen. Seksualøkonomien har mange fellestrekk med analysen, men representerer i sitt grunnsyn noe nytt. Den ser ikke på «Libido» som et sjelelig driftsfenomen, men betrakter den som vegetativ energi, identisk med «leveenergien». Generellt psykologisk kan man si: Reichs psykologi rykker problemet over i utforskningen av den energi som er drivkraften til alle de påviste «fenomener» og «historier».

Neuroseproblemet blir da nødvendigvis utvidet til å omfatte kroppslige fenomener. Ikke etter den mekanistiske betraktningsmåte at sykelige sjelstilstander innvirker på de kroppslige og omvendt. Seksualøkonomiens energetiske synsmåte viser oss *neurosenes symptomer, både kroppslige og sjelelige, som spesifikke utslag av hemninger i seksualenergiens funksjon, utslag som manifesterer seg gjennom de mekanismer som legeme og sjel hver for seg råder over.*

Reich kom til sine slutninger gjennom kombinerte psykologiske, seksuologiske og biologiske studier. I sine seksualstudier festet han seg ved *Orgasmefunksjonen* som kjernen i det seksual-energetiske problem. Kliniske studier og erfaringer ga ham visshet for at *kun den normale genitale orgasme gir den adekvate utløsing for den vegetativt seksuelle energiopphoping i organismen.*

Hos neurotikere finner vi *aldri* normal orgasme. Derfor vil kjønnslivet hos en neurotiker være preget av ufullstendig energi- og lystutløsing. Den ikke avløpne energi «stues opp» i kroppen, binder seg gjennom de mangfoldige kroppslige og sjelelige mekanismer, og danner funksjonsforstyrrelser, eller i daglig tale: nervøse symptomer.

Selve uttrykket «neurose» er derfor etter seksualøkonomiens

energetiske synsmåte ikke uttømmende. Neurosen er i daglig tale egentlig bare den bunt symptomer som bringer en patient til legen. Kjernen i «neurosen» er ikke de nervøse fenomener, men den hindrete omsetting av seksualenergien. De mangfoldige «funksjonelle, legemlige sykdommer» skulle ikke betegnes bare etter sin lokale «fenomenologi», men betraktes som kroppslige manifestasjoner av den vegetativt-seksuelle energiopphoping.

Er man helt konsekvent, skulle man på psykoterapiens område i seksualøkonomisk forstand ikke bruke betegnelsen Vegetoterapi, men «Orgasmoterapi», som uttrykk for det mål som terapien stiller seg: *gjennom løsing av de sjelelige og kroppslige bindinger av seksualenergien å etablere den normale orgastiske potens.* Den fulle orgastiske potens er det eneste kriterium vi har på individets funksjonelle sunnhet.

II.
DET VEGETATIVE NERVESYSTEM

Seksualenergi og seksualfunksjon er «vegetative» manifestasjoner. Det vegetative nervesystem er det håndgripelige, konkrete maskineri som seksualenergien virker gjennom. Tysk språkbruk gir et bedre billede av denne kompliserte mekanisme. Det vegetative nervesystem kalles her: «Das Lebensnervensystem», et ord som bedre enn «vegetativt» peker hen på funksjoner som har med livsytringer i organismen å gjøre.

Det er nødvendig å rekapitulere vårt kjennskap til dette «livsnervesystem», hva vi vet om dets bygging og funksjon. Det er også nødvendig å framlegge seksualøkonomiens energetiske oppfatting av vegetomekanismens funksjon, i motsetting til den «fenomenologiske» oppfatting som nå råder i medisinen.

a) **Anatomi:**

Vi finner det vegetative nervesystem representert både i sentralnervesystemet og i periferien. I sentralnervesystemet finner vi vegetative cellegrupper isprengt hele den grå substans rundt sentralkanalen, fra dens utbukting som 3 hjerneventrikkel til conus terminalis. Anatomisk velkjent er den kraniale del med cellegrupper i mesencephalon og medulla oblongata. De samler seg blant annet i 3 av hjernenervene: Oculomoto (3.hjernenerve) for øyets vegetative innervasjon, i Facialis (7.hjernenerve) via corda Tympani for spytt- og tårekjertler samt for ansiktets vasodilatatorer. For det tredje og viktigste finner vi nervesentrene for 10. hjernenerve, nervus Vagus, den kranial-autonome hovednerve. Denne nerves forgreninger finner vi i hele kroppen: innvoller, kjertler, blod-dannende organer, blodkarr og hjerte, hud osv. Dessuten finner vi i den

kraniale del spredte samlinger av vegetative ganglieceller, særlig gruppert omkring bunnen av 3. hjerneventrikkel. Viktig er disse sistes nære forbindelse med Hypofysens baklapp, som de står i intim vekselvirkning med. Fibrene fra disse sentre blander seg med de øvrige vegetative nervefibre til de forskjellige deler av kroppen.

I ryggmargen finner vi de vegetative seller i den grå substans, særlig i brystdelenes sidehorn, men for øvrig også i hele ryggmargens lengde.

I det cerebro-spinale nervesystem finner vi et skarpt skille mellom sentralnervesystemet (hjerne-ryggmarg) og det perifere nervesystem (motoriske og sensible nerver).

I det vegetative nervesystem finner vi ikke dette skille.

Her ser vi at fibrene fra hjerne og ryggmarg forløper til ett eller flere sett med store vegetative nervesentre. Det første sett kalles vertebralgangliene og ligger som parrete knuter på forsiden av hvirvelsøylen. Disse parrete vertebralganglier er forbundet med hverandre både oppover og nedover så der dannes to lange nervestrenger med innskjaltete nerveknuter. Dette er den sympatiske grensestreng. Fra denne går så nye nervefibre ut, og i langt større antall enn der er kommet inn fra ryggmargen. Disse fibre går så i vesentlig grad til et nytt sett med vegetative nervesentre, prevertebralgangliene. Disse er tildels meget større enn de øvrige vegetative sentre. De viktigste er ganglion coeliacus (plexus solaris), ggl. hypogastricus sup. og infer. samt nederst i bekkenet plexus pudendus med sine nn. pelvici som representerer den sacral-autonome del av grensestrengen. Alle disse vegetative sentre avgir fibre til hele organismen.

Men foruten dette store sammenhengende system av vegetative nervesentre og fibre finner vi ennå et sett av vegetative nerve-seller og fibre. Det er de såkalte juxta- og intramurale ganglier, som finnes særlig rikelig representert i de store hulorganer (mave-tarm, urinveier, kjønnsorganer) og hjertet. Dette sett med vegetative nerver står i forbindelse med det øvrige vegetativsystem. Men selv om det eksperimentelt eller ved sykdom avskjæres fra impulser fra det øvrige vegetativsystem, fungerer det uavhengig av dette, men med en annen rytme. Disse juxta- og intramurale ganglier representerer den mest primitive automati, organautomatien.

b) **Fysiologi:**

De fysiologisk viktigste kjensgjerninger om det vegetative nervesystem kan sammenfattes i 3 punkter:

1. Funksjonell ensrettethet av den øverste og nederste del av vegetativsystemet (den cranio-sacrale del). Disse deler sammenfattes under betegnelsen «Parasympaticus» eller det «vagiske» system (etter hovednerven Vagus).

   Likeledes finner vi funksjonell ensrettethet av de deler som kommer fra ryggmargens bryst- og lendedel. De sammenfattes under betegnelsen «Sympaticus».
2. Den funksjonelle antagonisme av Sympaticus og Parasympaticus. (Cfr. skjema over de to systemers innvirkning på de forskjellige organer, side 24—26.)
3. Praktisk talt alle organer er dobbelt innervert, får impulser både fra Sympaticus og Parasympaticus.

c) **Farmakologi.**

En mengde både enkle og sammensatte kjemiske stoffer gir impulser til det vegetative system. De interessanteste og terapeutisk viktigste er vel hormonene og stoffer tilhørende alkaloidgruppen. (Atropin, Pilocarpin, Kokain, Opiumsalkaloidene etc.)

Stoffenes virkning er høyst forskjellig. Noen virker på begge deler av vegetativsystemet, andre virker nesten utelukkende på det ene, og enten stimulerende eller hemmende på det.

Ved forskjellige sykelige tilstander finner vi at den normale balanse mellom Sympatikus og Parasympatikus er forstyrret. (Ved Basedows sykdom finner vi en generell overvekt av Sympatikus' innervasjon, en «hypersympatikotoni». Ved Astma bronkiale finner vi en «hypervagotoni», vesentlig knyttet til luftrørsforgreningene. Ved mange former av nervøsitet finner vi at både Sympatikus og Parasympatikus er abnormt ømfintlige for stimuli, enten disse er av psykisk eller kjemisk natur.)

I den medikamentelle behandling forsøker man å anvende preparater hvis virkning bringer den vegetative likevekstforstyrrelse i normal balanse. De fleste stoffers virkning lider av manglende spesifisitet overfor de enkelte organfunksjoner, eller ved at de i litt større doser har amfotrop virkning: virker på samme måte på de to antagonistiske systemer. De beste virkninger ser man kanskje ved substitusjonsbehandling ved lidelser grunnet hormonmangler (Myxødem, Klimakterium, sukkersyke osv.).

d) **Funksjonelle prøver:**

Funksjonsundersøkelsen av vegetativsystemet har til hensikt å påvise om det foreligger forandringer i irritabiliteten av de to deler av dette. Likeledes forsøker man ved forskjellige undersøkelser å påvise om individets «vegetotonus»): om den bestående vegetative innervasjon av de enkelte organer ligger innenfor, over eller under normalgrensene. Funksjonsprøvene er mekaniske eller farmakologiske, eventuelt en kombinasjon av disse.

Mekaniske prøver: Hudprøvene, hvor huden ripes for å konstatere forskjellige former av dermografisme (hudskrift). **De pilomotoriske reflekser. Mekaniske hjertereaksjoner** (Oculo-cardiale refleks etter Aschner). **Shermak's Vagusrefleks** (trykk på Vagus» stamme på halsen). **Lungerefleksen** (den respiratoriske «juvenile» bradycardi ved dyp inspirasjon). **Plexus-solaris-reaksjonen** med bradycardi ved sterkt trykk mot epigastriet osv. **Ebners test,** flere gangers «fremad-bøy», hvor det i hypervagotone tilfelle kommer langsom i stedet for hurtig puls, osv.

Av **farmakologiske** prøver sondrer vi mellom 4 hovedforsøk:
Sympatikushemmende (Kokain, Gynergen).
Sympatikusstimulerende (Adrenalin).
Vaguslammende (Atropin).
Vagusstimulerende (Pilokarpin).

Værdien av disse funksjonsprøver er dessverre relativt liten. Utover stadfestelsen av en større eller mindre forskyvning i vegetotonus, er de sjelden til videre hjelp hverken etiologisk, diagnotisk eller terapeutisk. Hos pasienter med uttalte vegetative fenomener finner vi da også oftest en generell øket vegetotonus og øket irritabilitet av begge deler av vegetativsystemet (hypersympatiko- og hyper vagotoni). Leilighetsvis finner

vi at bare enkelte organer viser en slik forandring, så man kunne fristes til å bruke uttrykket **vegetative organneuroser** hvor ikke påviselige kropslige lidelser sees å være årsaken.

Behandlingens resultater veksler da også mellom ofte nytteløse medikamentelle forsøk på vegetativ «omsteming» av organismen, og de hyppigere vellykkete kirurgiske eller medikamentelle behandlinger av mere lokaliserte lidelser.

Men hovedmassen av tilfelle: de nervøse dyspepsier, de spastiske obstipasjoner, hjerteneurosene, en mengde «rheumatiske» lidelser, angsttilstandene med sine tall-løse subjektive plager og objektive vegetativsymptomer, må man oftest gi opp for ved den almindelige medisinske terapi. Man fortaper seg i en kaleidoskopisk forvirring av fornemmelser og symptomer. En behandling som kan bedre ett symptom kan forverre et annet. Oversikten tapes, og man forviller seg ofte inn i en jungle av legemlige og sjelelige fenomener. Og sisst men ikke minst: individet, mennesket i patienten, forviskes mer og mer, ettersom symptomene tiltar i mangfoldighet eller intensitet.

Og den offisielle medisinske litteratur i dag gir bare sparsomme og forsiktige antydninger til teoretisk og praktisk forståelse av dette livsnervesystems virkelige funksjon i den levende organisme.

III.

SEKSUALØKONOMIENS SYN Å DET VEGETATIVE NERVESYSTEM

La oss skjematisk sammenfatte de to vegetative antagonisters innvirking på de forskjellige organer:

Sympatikusvirkning.		Organ.		Vagusvirkning.
Hemming av m.sphincter pupillae (Fra halssympatikus). Stimulering av dilatator pupil. (3. hjernenerve). **Resultat: utvidete pupiller.**	÷	Irismuskulatur.	+	Irritasjon av 3. hjernenerve bevirker stramming av m. sphincter pupillae. **Resultat: Sammentrekking av pupillen.**
Hemming av tårekjertelen. **«Tørre øyne.»**	÷	Tårekjertler.	+	Stimulering av tårekjertler gjennom corda tympani. **«Glinsende øyne.»**
Hemming av spyttkjertler. **«Tørr i munnen».**	÷	Spyttkjertler.	+	Stimulering og øket sekresjon fra spyttkjertler. **«Tennene løper i vann.**

Sympatikusvirkning.		Organ.		Vagusvirkning.
Stimulering av svedkjertler i ansiktet og på kroppen.	+	Svedkjertler.	÷	Hemming av svedkjertler i ansikt og på kroppen.
Sammentrekking av blodkar i ansikt og på kroppen. Lammelse av blodkarenes utvidende muskler. **«Koldsved» Blekhet.**	+	Blodkar.	÷	Hemmer blodkarenes sammentrekking. Stimulerer de blodkarutvidende muskler. **«Frisk rødme i huden, øket turgor uten øket sveding.»**
Hårbelgmuskulatur stimuleres. **«Hårene reiser seg. Gåsehud». Frysingsfornemmelse.**	+	Piloarrektorer.	÷	Hemmer Piloarrektorer. Huden blir glatt. **Varmefornemmelse i huden.**
Lammelse av den sammentrekkende muskulatur.	÷	Bronkialmuskulatur	+	Stimulerer bronkialmuskulaturens strammere. Lammer utviderne.
Stimulerer alle kvaliteter av hjerteaksjonen (Ino-batmo-krono-dromo-tonotropi). **«Hjerteklapp».**	+	Hjertet.	÷	Hemmer alle de tilsvarende kvaliteter i hjerteaksjonen. **Rolig hjerte. Langsom puls.**
Hemmer alle bevegelser i fordøyelseskanalen. Nedsetter sekresjonen fra alle fordøyelseskjertler.	÷	Fordøyelsestraktus fra spiserør til rektum. Lever, bukspyttkjertler, nyrer, alle fordøyelseskjertler.	÷	Stimulerer alle bevegelser og funksjoner.
Stimulerer. Øker adrenalinsekresjon.	+	Binyrer.	÷	Hemmer. Nedsetter adrenalinsekresjonen.
Hemmer tømmingsmuskulatur. Stimulerer lukkemuskel. **«Lukker for urin og avføring».**	÷ / +	Urinblære.	+ / ÷	Stimulerer tømmingsmuskulatur. Slapper lukkemuskulatur. **«Åpner for urin og avføring.»**
Strammer den glatte muskulatur. Nedsetter alle sekresjoner fra kjertlene. Anemisering. **«Nedsatt seksualfølelse.**	+	Kvinnelige kjønnsorganer.	+	Avspenner den glatte muskulatur. Stimulerer all kjertelsekresjon. Øker blodtilstrømmingen. **«Seksualisering.»**

Sympatikusvirkning.		Organ.		Vagusvirkning.
Stramming av scrotums glatte muskulatur. Nedsetter kjertelfunksjoner. Anemiserer. Slapt lem. «Nedsatt seksualtrang.»	÷	Mannlige kjønnsorganer.	+	Avspenner den glatte muskulatur. Øker alle sekresjoner. Øker blodfylden. Ereksjon. **«Øket seksualtrang.»**

I dette skjema er satt opp virkingen av Sympatikus og Parasympatikus på en del organer. Ved en overflatisk betrakting kan det synes forvirrende at der tilsynelatende rår en slags tilfellighet i de to vegetative antagonisters virkemåte på de forskjellige organer. Det ser påfallende ut at Sympatikus virker hemmende på tåre- og spyttkjertler, men stimulerende på svettkjertlene, at den virker stimulerende på hårbelgmusklene og hjertet, men hemmer funksjon og bevegelse i mavesekk og tarmer. At den stimulerer binyrenes funksjon men hemmer nyrefunksjonen, utvider bronkiene men hindrer tømming av urinblære og tarm, og nedsetter all seksualfunksjon. Parasympaticus viser på sin side de samme stimulerende og hemmende innvirkninger, nøiaktig motsatt av Sympatikus.

På tross av mengdevis av detaljundersøkelser og samlebeskrivelser av alle disse fenomener, har det ikke foreligget noen plausibel teoretisk og praktisk forklaring på vegetomekanismens egentlige funksjon, før Wilhelm Reich i 1934 utga sin vesle monografi «Urgegensatz des vegetativen Lebens». (1.)

Her skal gis et resymé av denne monografi, idet der samtidig henvises til originalarbeidet og den litteratur dette støtter seg til.

En nødvendig forutsetting for å kunne forstå Reichs syn på det vegetative liv, er at en venner seg til å betrakte alle livsytringer, alle kroppslige og sjelelige reaksjoners enkeltfenomener som ledd i totalorganismens samlete hovedreaksjoner. Det kan synes overflødig å minne om noe så innlysende og generellt anerkjent. Når det allikevel med hensikt gjøres, er det fordi der neppe finnes en «sannhet» i verden som saboteres mer enn denne. Årsakene hertil er flere. Først og fremst kommer det av at hele rammen om vårt liv, familie, arbeids- og omgangsmiljø, sosial og politiske forhold osv., innvirker så sterkt på vår erkjennelsesevne. De fleste mennesker oppdager vel en gang at samfunnet, både i snevreste og videste mening, gir oss skylapper for at vi bare skal se det som passer samfunnet, og at det gir oss blinde flekker for at vi ikke skal se det som ikke passer. For det annet frister den moderne forsking, med sine teknisk stadig forbedrete hjelpemidler, til en fordypelse i og overbetoning av enkeltfenomener.

Det er derfor ikke rart at så mange ikke ser skogen for bare trær.

Reichs postulat, som begrunnes i «Urgegensatz», lyder enkel ɔ: det sier at den elementære, vegetative leveenergis eneste drift er å søke lystopplevelse. Denne drift benevnes synonymt «Seksualitet». Den vegetative leveenergi kalles analogt hermed «Seksualenergi».

Hvis seksualiteten hindres i sin funksjon, oppstår der en oppdemning av seksualenergien. Energien låses fast på forskjellig vis til den organisme som den virker i. Fra å være bevegelig, funksjonell, dynamisk, går den over til å bli stillestående, ute av funksjon, statisk. Denne statiske, fastlåste tilstand av energien betegnes som «Angst».

Det vegetative livs urmotsettingsforhold er derfor å forstå som den elementære seksualenergis dialektiske spalting i sine polare motsettinger: seksualitet og angst.

Det vegetative nervesystems to antagonister ser Reich som formidlerne av seksualenergien i dens to dialektisk motsatte former:

Parasympatikus (Vagus) ser han som formidler av seksualitet, Sympatikus som formidler av angst.

Før vi går videre i Reichs nærmere begrunnelse av dette postulat, som i første omgang kan virke både oppsiktsvekkende og provoserende, vil vi ennå en gang gjennomgå skjemaet over de to deler av vegetomekanismen og deres virkemåte i organismen.

La oss sammenlikne to ellers like individer, den ene i ensidig hypersympatikoton tilstand, den annen i motsvarende hypervagoton tilstand. Vi får da følgende bilde av de to individer:

Hypersympatikotoni:
Blekt ansikt, oppspilte øyne, utvidete pupiller. Tørr i munnen. Klam og svedende, kjølig hud. På kroppen blekhet, gåsehud. Kaldsveding. Oppjaget puls, hjertebanking. Skrumping, tørrhet og anemisering av kjønnsorganene. Ingen seksualtrang. Stramming av lukkemusklene for blære og rectum.

Hypervagotoni:
Frisk rødfarve av hud i ansikt og på kroppen. Øket turgor i huden, men ikke sveding. Øynene glinsende, fuktige, rikelig spyttsekresjon, «tennene løper i vann». Huden er rød, varm og myk, puls og hjerte rolige. Avspenning av blære og rectums lukkemuskler. Kjønsorganene er blodfyllte, varme, øket sekresjon fra alle kjertler i kjønnsorganene, ereksjon av clitoris og penis. Sterkt øket seksualtrang.

Der er ikke tvil om at selv en overfladisk iakttagelse av disse to individer umiddelbart gir billedet av *angst* (ulyst, ubehag, spent «ikke levende») og *seksualitet* (lystfornemmelser, ledig avspenthet, «levende»).

Biologisk sett finner en ved vagotoni (= seksualitet) at veske- og blodstrømmen går ut mot individets overflate, er centrifugalt rettet.

Psykisk finner vi affektene rettet mot omverdenen, mot et annet objekt.

Ved sympatikotoni (= angst) finner vi det motsatte: veske- og blodstrømmen rettet mot det indre, centripetalt. Individet trekker seg inn i seg sjøl, bort fra omverdenen.

Det er nødvendig å framheve at disse to ytterpunkter i vegetotonus er å betrakte som teoretiske grensetilstander. Normaltilstanden er basert på dobbeltinnervasjonen av de to systemer, både i enkeltorganene og i totalorganismen. Når en funksjonsimpuls setter inn, forskyves så likevekten, alt ettersom impulsen får fritt avløp eller hemmes, til den ene eller annen side.

Tar en som eksempel et individ i seksuell affektstilstand, uten noen neurotisk eller reell angsthemming av synderlig størrelse, må en være oppmerksom på følgende vegetative fenomen: Seksualaffektens funksjonsavløp er perifert rettet, søker et objekt utenfor seg sjøl, strekker seg mot omverdenen. Følgelig vil vi få en vagotonisering av overflaten (hud, kjønnsorganer, overfladiske organer i det hele tatt), mens organismens sentrale deler, fordøielseskanalen, bronkier og tildels hjerte vil mangle denne parasympatiske overvekt, og vil vise sympatikoton innervasjon.

Vegetomekanismen er formidler av våre primitive driftsimpulser. Det er releet mellom kropp og sjel. Dens fri og uhemmete funksjon er betingelsen for den naturlige livsfølelse, og gir den umiddelbare erkjennelse av en psyko-fysisk identitet.

Reich har kalt vegetativsystemets antagonisme for «Urmotsetningsforholdet i det vegetative liv». Han måtte derfor påvise denne urmotsetnings forekomst i primitive organismer, hvor det vegetative nervesystem ennå ikke forekommer, og hvor den vegetative driftsimpuls og dens hemming formidles av andre mekanismer enn menneskets vegetativapparat. Reich støtter seg vesentlig til 3 forskere, hvis undersøkelsesreultater naturlig rommes i Reichs eget syn på det vegetative liv.

1) *Freud,* hvis tidligere arbeider over angstproblemene påviste at den neurotiske angst alltid var intimt knyttet til undertrykkelse av seksualdriften (Libido).

2) *Max Hartmann* (og Rhumbler), hvis amøbestudier klarlegger amøbens bevegelser som forårsaket av primitive veskestrømminger.

3) *Krauss,* indremedisiner, som i sin «Nässetheorie des Lebens» påviser en del enkle kjemiske stoffers (elektrolytters) virking på hele biosystemet, virkinger som er helt analoge med vegetomekanismens funksjoner.

Disse tre forskere er helt uavhengig av hverandre, på tre forskjellige felter (psykologi, biologi, fysikalsk kjemi) kommet til resultater som finner sitt teoretiske fundament i Reichs «Urgegensatz — —». Om et enkelt synspunkt kan virke plausibelt, behøver det ikke å være riktig. Men når resultatene i tre forskjellige forskingsgrener møtes i en fellesteori, blir denne så sterkt determinert, at dens plausibilitet nærmer seg visshet.

Et kort utdrag av disse tre forskeres resultater er langt fra uttømmende. Det er derfor nødvendig å henvise til Reichs egen monografi og de litteraturkilder han støtter seg til.

Ad 1. Freud: I sitt psykoanalytiske arbeide støtte Freud til stadighet på fenomenet angst hos sine nervøse pasienter. I sine arbeider over angstproblemene kommer han til følgende systematiske inndeling: a) **Realangsten,** betinget av en reel, ytre faresituasjon. b) **Den neurotiske angst,** hvor individet fornemmer angsten like sterkt og pinefullt som ved realangsten, men hvor motivet for angsten er irrasjonellt begrunnet. Ved sin analytiske utforskning av de neurotiske angsttilstander, *fant han alltid en ubevisst, forbudt driftsimpuls som faremotiv.*

Denne driftsangst er for individet like reell som realangsten overfor en virkelig faresituasjon. Dens ytringer og virkninger på kropp og sjel er de samme i begge tilfelle. Forskjellen er utelukkende den, at realangsten har sitt faremotiv utenfor individet, den neurotiske angsts motiv ligger inne i individet. c) **Aktualangsten** er den tredje angsttype. Her flotterer angsten fritt, uten at individet kan angi noe som helst motiv for den. Freud har ikke gitt noen tilfredsstillende forklaring på denne angstform. Reich benevner den som **«Staseangst»** ɔ: «opphopingsangst». Han ser den som et tegn på uutløst driftsspenning, ikke minst motivert med at seksuell utløsing bringer denne angstform til opphør, NB: når evnen til seksuell utløsing virkelig foreligger eller er etablert ved behandling. Denne aktualangst som i sitt vesen tilsynelatende både er motiv- og innholdsløs, har betydelig interesse. Den kan minne meget om angst fremkalt medikamentelt, f. eks. ved hormonal selvforgiftning (Basedows sykdom), ved injeksjon av Adrenalin i større doser osv. Den påvirkes også temporært (forøvrig også den neurotiske angst) av medikamenter. Acetylcholin (et vagotoniserende hormon) kan virke angstløsende. At alkohol virker på samme måte angstløsende («angstfordriver») og dermed forbigående befriende for individet er velkjent. Dens skadelige bivirkninger er et av vår tids største sosiale problemer. Mindre påaktet og bearbeidet er det motiv for alkoholisme som fremgår av konstellasjonen alkohol-seksualangst. Fra dette seksualøkonomiske synspunkt fortoner alkoholismespørsmålet seg ikke som et arvebiologisk spørsmål om «medfødte» psykopatiske anlegg, heller ikke som et ensidig sosialt-økonomisk spørsmål. Løsningen av saken ser seksualøkonomien heller ikke i alkoholforbud, men snarere i opphevelse av driftsforbudene i et seksualfiendtlig samfund.

Av denne lille oversikt over angstfenomenene trekkes følgende slutninger:

For det første: angst kan fremkalles av ytre og indre faremotiver. *De indre faremotiver inneholler alltid seksuelle komponenter.* Den neu-

rotiske angst har seksualforbud som motiv. Aktualangsten har opphopet seksualenergi som årsak. **For det annet:** det er ingen forskjell på angstens ytringer i organismen, på tross av at dens motiver og årsaker er høyst forskjellige. **For det tredje:** fellestrekket, kriteriet på angst er den tilstand i vegetativsystemet som tidligere er beskrevet som hypersympatikotoni.

Ad. 2. Max Hartmanns (og Rhumblers) amøbestudier:

Det er amøbens bevegelser som her særlig interesserer. Han skjelner mellom en del forskjellige bevegelsesformer. **For det første:** de ytre bevegelser fra sted til sted (skifte oppholdssted, søke næring, flukt osv.). Disse bevegelser foregår hos amøben ved at den skyter ut pseudopodier («falske lemmer») som den anvender til å padle seg fram gjennom vesken med, eller spasere på fast underlag med. Har amøben flere pseudopodier fremme, og ett av dem berører fast gjenstand, trekkes øyeblikkelig amøben hen til det ene, faststøttete. Den orienterer seg hit, de andre pseudopodier trekkes inn. Amøben reagerer på de forskjellige deler av omgivelsene som den støter på. Den setter seg fast og vegeterer, eller slipper taket og flykter. Den reagerer også (eksperimentelt påvist) på mange andre påvirkninger: kjemiske, mekaniske, termiske, elektriske, optiske påvirkninger gir, etter deres kvalitet og kvantitet, reaksjoner hos amøben, så den enten søker disse (strekker seg mot dem, orienterer seg mot omverdenen, «søker lyst»). Eller den søker seg vekk fra dem, distanserer seg fra faremotivet (flukt), eller trekker seg sammen og «gjør seg død» (ulyst, angst). **For det annet:** parallelt med disse ytre bevegelser foregår der indre bevegelser i form av veskestrømminger i amøben. Overensstemmende med hvad vi kan vente, finner vi at de aktive bevegelser «mot omverdenen» er ledsaget av plasmastrømminger mot amøbens overflate, mot periferien (vagoton reaksjon hos mennesket). Bevegelsene fra omverdenen, «trekke seg inn i seg selv», «anta kuleform», følges av plasmastrømmer fra overflate mot sentrum (sympaticoton reaksjon). Der henvises til originallitteraturen av Max Hartmann, hvor han påviser konsistensforandringene i de forskjellige plasmaskikt ved de ovennevnte plasmastrømminger. **For det tredje:** når amøben er i hviletilstand, foregår pulsasjonsbevegelser i form av rytmisk veksling av utviding og sammentrekking. Bevegelsene foregår såpass langsomt at der samtidig kan konstateres veskestrømningsbevegelser i protoplasma. Også her finner han at bevegelsene er umiddelbart beroende på disse plasmastrømminger. Likeledes finner han at når veskestrømmen er rettet fra sentrum til periferi, omdannes det tyntflytende plasma i amøbens sentrum (entoplasma) til tyktflytende perifert liggende plasma (ektoplasma) som fyller pseudopodiene.

Amøbens bevegelser er ledsaget av elektrofysikalske fenomener, som ennu ikke er tilstrekkelig klarlagt. Der formodes at ekspansjonsbevegelsene er ledsaget av øket overflatespenning og øket elektrisk overflatepotential. Sammentrekkingsbevegelsene følges på sin side av nedsettelse av overflatespenningen og det elektriske potential.

Ad 3. Krauss' «Nässetheorie des Lebens».

I sitt dristige verk «Allgemeine und spezielle Pathologie der Person» («Klinische Szyzygiologie», Thieme, 1926) har indremedisineren Krauss lansert et helt nytt syn på endel enkle kjemiske stoffers funksjonsmekanis-

mer, som den levende organisme («Biosystemet») baseres på. Det er ikke mulig å gi et utførlig referat av dette arbeide, sammentrengt på noen sider. Idet der henvises til originalarbeidet, skal her bare refereres endel av de konklusjoner Krauss er kommet til.

Hans utgangspunkt er at den levende substans vesentlig er oppbygget av kolloider og mineralsalter. Begge deler er i oppløsning elektrolytter. Kolloidene er vesentlig stasjonære, saltelektrolyttene bevegelige fra sted til sted. Både de kolloidale oppløsninger og saltelektrolyttene består av småpartikler (de kolloidale partikler er mange ganger større enn saltpartiklene). På disse partiklers grenseflater forefinnes elektriske ladninger som ustanselig utveksles med ladninger fra andre partikler som de er i berøring med. Han kaller dem «energetiske grenseflater». De viktigste av disse er grenseflatene mellom kolloid- og saltelektrolytt.

Krauss betrakter biosystemet «som et pirringssystem, en reléaktig skjaltningsinnretning, et apparat innrettet på elektrisk oppladning (arbeidslagring) og utladning (arbeidsydelse). Disse prosesser er helt og holdent betinget av fenomenene på de energetiske grenseflater.»

Livsprosessen er blant annet karakterisert av forbrenning (opptagelse av surstoff og avgivelse av kullsyre) samt dannelse av elektrisk energi på grenseflatene. Det er bemerkelsesverdig at han gjennom sine iakttagelser kan påvise, at stoffenes transport og fordeling i organismen i sitt vesen er meget viktigere for reproduksjonen av selve livsprosessen, enn selve stoffskiftet (forbrenningen). Han påviser også at saltoppløsningen er uundværlig for livsprosessen lenge før der er kommet til utvikling av blod.

Selve livsprosessen definerer han som selvstendig vegetativ strømming, vesentlig som en væskekonveksjon.

Han ser organismen sammensatt av elektrisk ladete grenseflater i uendelig antall, og blodsystemet ser han energetisk drevet ved de ustanselige utligninger av disse ladningsdifferenser. Som ledning mellom de forskjellige potentialmengder ser han kroppsveskene, særlig saltelektrolyttene i dem. Han mener også at der strømer frie elektriske ladninger gjennom disse blodkapillærene. Potentialdifferensene som utlignes ved disse strømminger har sitt sete på de energetiske grenseflater.

Ved utladningen omdannes dên elektriske energi til mekanisk energi og arbeide. Dette punkt, reversibiliteten og korrelasjonen mellom mekanisk og elektrisk energi, er det sentrale i Reichs orgasmeformel som han setter identisk med livsformelen: denne formel karakteriserer funksjonen liv som to samløpende energiprosesser, den ene av mekanisk, den annen av elektrisk natur.

mekanisk oppspenning	mekanisk avspenning
elektrisk oppladning	elektrisk utladning

Denne kombinasjon av mekanisk og elektrisk energiprosess finnes kun i levende materie. Formelen kom Reich til ved klinisk-fysiologiske studier av orgasmen, og ga den navn etter denne. Det kan for så vidt være likegyldig om man benevner orgasmen som et høit utdifferentiert spesialtilfelle av vegetativt liv, eller om man betegner liv som en elementær orgasme. Hovedsaken er at begge fenomener er basert på den samme enkle energiformel.

Krauss betoner den prinsipielle uundværlighet av elektrolytter for alt liv i denne uttalelse: «der finnes ikke en eneste individuell livsytring

som ikke på en eller annen måte, middelbart eller umiddelbart, helt eller delvis, må føres tilbake til jonevirksomhet». Som indremedisiner er det også av interesse at han sier: «også de fleste sykdomstilstander, såvel organiske som funksjonelle, beror i siste intans på vegetative strømminger.»

— — —

Krauss påviser i sitt arbeide at de vegetative strømminger formidles av saltelektrolyttene i organismen (katjoner og anjoner), og at energistoffvekselen vesentlig foregår på de energetiske grenseflater. Det neste trin i hans undersøkelser er at han undersøker de enkelte joners spesifikke virkning på de typiske vegetative funksjoner og organer: glatt muskulatur, kjertler, veskestrømminger. Det lykkedes ham da å påvise at der kunne skilles ut grupper av vegetativt særlig virksomme kjemiske stoffer, både enkle metallsalter og mere kompliserte organiske stoffer. Likeledes viste det seg at en flerhet av disse stoffer adskilte seg i to vegetativt antagonistisk virkende grupper, hvorav den ene i sin virkemåte tilsvarte Vagus' virkning (Kaliumgruppen), mens den annen gruppe dekket Sympatikus' funksjon (Kalsiumgruppen). For de vegetative veskestrømminger fant han at de kroppsegne katjoner og anjoner hadde uttalt virkning på hydrasjons- og deshydrasjonsprosessene i vev og seller, slik at Kaliumgruppen virket hydrerende (bevirker opptagelse av vann, oppsvulmende), mens Kalsiumgruppen virket deshydrerende (uttrørrende, skrumpende) på angjeldende selle og vev.

Ut fra disse undersøkelser setter han så opp de to stoffgruppers forskjellige virkemåter, og påviser deres funksjonelle identitet med Vagus og Sympatikus:

Vegetativ gruppe:	**Generell virkning:**	**Virkning på henholdsvis periferi og sentrum:**
Sympatikus. Kalsium. (Gruppe). Adrenalin. Cholesterin. Vannstoff-joner.	Nedsatt overflatespenning. Deshydrerende (Skrumpende, hydrofob). Skjelettmuskulaturen blir slapp (må ikke forveksles med «avspent»), dens elektriske irritabilitet nedsettes. Øket surstoff-forbruk. Øket blodtrykk.	Hjerte: stimulert (+) Blodkar: kontrahert (+) anemisering. Tarmsystem: hemmet (÷)
Vagus. Kalium. (Gruppe). Cholin. Lecitin. Hydroksyljoner (OH).	Øket overflatespenning. Hydrerende (befordrer opptagelse av vann, vevet svulmer opp). Skjellettmuskulatur. krampaktig (tetanisk) forkortet. Øket elektr. irritabilitet. Nedsettelse av surstoff-forbruk. Senking av blodtrykk.	Hjerte: hemmet, diastolisk (÷) Blodkar: utvidet, øket blodgjennomstrøming. (÷) Tarmsystem: øket beveg og sekresjon. (+)

Krauss trekker følgende slutninger av sine funn: a) Vi finner hos de to stoffgrupper fullstendig analogi med virkningene av Vagus og Sympatikus. b) Vegetomekanismens grunnfunksjoner er, når man ikke ensidig betrak-

ter de enkelte organfunksjoner, å anse som den samlete organismens primitive totalitetsreaksjoner: Vagusgruppen bevirker aktivering av organismens overflate under dens orientering mot omverdenen.

Sympatikusgruppen aktiverer organismens sentrum under dens tilbaketrekking fra omgivelsene.

Hvis vi resymerer opp resultatene av de tre refererte forskeres undersøkelser og plasserer dem i Reichs seksualøkonomiske teori om det vegetative livs urmotsetningsforhold, kommer vi til følgende punkter:

1. I den levende organisme, fra den ensellede amøbe til mennesket, finner vi det vegetative livs grunnfunksjoner å bestå i to bevegelser, motsatt rettet. Den ene er *sentrifugal*, mot periferien og omverdenen, den annen er *sentripetal*, fra omverdenen, fra periferien, inn i seg selv. (Ekspansjon-kontraksjon.
2. Begge disse bevegelser er ledsaget av vegetativ væskestrømning, likeledes sentripetal og sentrifugal.
3. Bevegelsene er ledsaget av forandringer i organismens elektriske overflatepotential. Ved ekspansjon økes potentialet, ved kontraksjon nedsettes det. Paralellt hermed går en tilsvarende forandring i den mekaniske overflatespenning: ved ekspansjon øker den, ved kontraksjon minskes den.
4. Formidlerne av de vegetative strømningsbevegelser finner vi hos primitive levevesen representert ved kjemiske stoffer av vegetativt motsatt virkning: Kalium (sentrifugal) og Kalsium (sentripetal). Hos organismer med utviklet vegetativt nervesystem leveres impulsene gjennom Parasympatikus (sentrifugal = Kalium) og Sympatikus (sentripetal = Kalsium). I de høyere organismer kommer også mer kompliserte kjemiske stoffer, bl. annet hormoner, inn i det vegetative system.
5. Hos mennesket representeres den sentrifugale vegetativbevegelse gjennom vagotonisering av organismen. Den fornemmes som «Lyst», Seksualitt. Den sentripetale strømning formidles gjennom overvekt av Sympatikus innervasjon. Den fornemmes som «Ulyst», Angst.

Eller for å samle det hele i ennu et skjema:

Ekspansjon.	Kontraksjon.
«Mot omgivelsene».	«Inn i seg selv».
Perifert rettet strømning.	Sentralt rettet vegetativstrømning.
Øking av den mekaniske overflatespenning.	Senking av overflatespenning.
Øket elektrisk overflatepotential.	Nedsatt potential.
Funksjonsovervekt av Kaliumgruppen.	Kalsiumgruppen dominerer.
Vagotonisering.	Sympatikotoni.
Lystfornemmelse.	Ulystfornemmelse.
Seksualitet.	Angst.

Det må ennå en gang betones at disse skjemaer markerer de teoretiske yttergrenser i det vegetative liv.

Organismens normale liv vil ytre seg som en pendling mellom mildere grader av Vago- og Sympatikotoni (pulsatoriske bevegelser av utvidelse og sammentrekking). Irritamenter fra utenverdenen vil så etter sin kvalitet og kvantitet bevirke den ene eller den andre vegetativkomponents dominering i organismen.

Hos mennesket kan man uttrykke det slik at en lystbetonet pirring fra en annen person fremkaller en vagotonisering med lystfølelse og seksualtrang. Der kommer en øket overflatespenning med øket elektrisk lading. På et bestemt punkt vil der skje en elektrisk utlading med samtidig elektrisk potentialfall og mekanisk avspenning. Denne avreagering av den perifere overlading markerer seg genitalt-seksuelt som orgasme. Orgasmens fysikalsk-kjemiske dynamikk adskiller seg kvalitativt ikke fra den elementære vegetative dynamiske prosess som er kriteriet for funksjonen «Liv». Men kvantitativt trekker den hos et vegetativt sundt menneske maksimum av livsenergi inn i prosessen, og må derfor nødvendigvis bli eksponenten for den menneskelige fornemmelse av liv. Det vil da også være forståelig at den uhemmete orgasme fornemmes «funksjonelt», slik at den kroppslige og sjelelige lystfornemmelse smelter sammen til en psyko-somatisk identitet.

Seksualøkonomiens oppfatting av liv leverer også basis for dens energetisk-funksjonelle syn på neuroser. Den kan i korthet formuleres slik: Når den elementære vegetative funksjon «å søke lyst» hindres i sitt forløp, slår den vegetative strømming om i motsatt retning og markerer seg som angst. Den vegetative energiomsetting vil foregå ufullstendig. Opphopingen av seksualenergi, som normalt skulle ha fått sitt naturlige avløp gjennom de orgastiske rykkinger i genitalapparatets glatte muskulatur, forblir i organismen som et positivt overskudd. Overskuddet bindes i organismens muskulatur, både den glatte (automatiske) og tverrstripete (viljesinnerverte). I psyken bindes energien slik at affektene ikke får sitt frie og naturlige reaksjonsforløp. Forbindelsen mellom de kroppslige og sjelelige bindinger blir klar når man forstår at de har samme årsak, nemlig den samme hindring.

Det lystønske som blir hindret og forbudt, får sin driftsenergi låst fast til de affekter som ledsager ønsket. Den hindrete energi går fra å være dynamisk over til å bli statisk, og fornemmes derfor som angst. Denne angst ledsager affekten når denne mobiliseres. De muskelgrupper som skulle ha deltatt i affektens kroppslige utløsing, vil på tilsvarende måte vise seg «knyttet». De viser toniske stramminger, som inngår i individets karakteristiske holdninger, i kropp, ansikt, lemmer, både under hvile og ved bevegelser.

Vegetoterapiens oppgave er gjennom løsing av disse muskulære stramninger å frigjøre den vegetative energi som er fastlåst i dem. Samtidig foregår da en «løsing» av den driftsenergi som er bundet til de tilsvarende affekter. Når det lykkes, får vi som resultat at de kombinerte kroppslige-sjelelige energiopphopinger frigjøres, og blokaden i muskel-affekt-mekanismen oppheves.

IV.
TEKNIKK:

En *beskrivelse* av vegetoterapi støter på to vesentlige vanskeligheter:

1. Det er for hel forståelse så vel som riktig utøvelse av terapien betingelsesløst nødvendig at leseren selv har gjennomgått en vegetoterapi.

2. *Demonstrasjon* på menneskemateriale er nødvendig for å erkjenne og se hvordan de forskjellige fenomener arter seg.

Når jeg allikevel forsøker å gi en beskrivelse for en lesekrets som for en vesentlig del bare kjenner teorien og tekniken av omtale, er hensikten å forsøke å gi et inntrykk av *hvad* som foretas, og *hvordan* fenomenene arter seg.

A. Det første ledd i vegetoterapien består i å lete fram de karakteristiske muskulære holdninger. Disse ytrer seg som statiske, toniske muskelstramminger, om gir individet sitt særpreg. Disse muskulære holdninger forekommer såvel hos «normale» mennesker som hos neurotikere, og er i sitt vesen uttrykk for individets karakter-fremtoningspreg. Mange muskulære holdningskarakteristiska finner en med noen øvelse meget lett. Andre stramminger kan ligge dypere, og unddra seg opmerksomheten gjennom lang tid, utrolig godt dekt som de ofte er.

Viktig for oppdagelsen av disse muskelstramminger er iakttagelsen av de forskjellige bevegelser. Hemmingen i disse gir alltid gode holdepunkter for påvising av de statiske stramminger. De lettest påviselige stramminger finner vi i ansikt, hals, skuldre samt i åndedrettsbevegelsene.

B. Den neste del er den vanskeligste. Den består i å få pasienten til sjøl å *føle* disse stramminger. Enkelte føler det øieblikkelig, andre etter lenger tids øvelse. Denne del av terapien er krevende, og ofte avgjørende for indikasjon og prognose av vegetoterapi. Det som egentlig forgår ved denne etterføling av stramninger, er en opparbeidelse av patientens kroppsfølelse. Det er et centralt punkt i behandlingen, idet det presenterer pasienten for hans vegetomekanisme, i den utstrekking denne er tilgjengelig for erkjennelse. At «fornemmelsene» kan gi anledning til feilkilder og spill, er forståelig nok. En hypokonders muligheter for å «kjenne fornemmelser» er nærsagt ubegrenset. Det blir terapeutens sak gjennom evnen til å identifisere seg selv med patienten, innfølingen med ham, å skille det vesentlige fra det uvesentlige. Det høres kanskje enkelt ut å la patienten «kjenne etter» i sitt legeme. Men tenker vi på det system av konvensjonelle former, holdninger og funksjonsautomatismer som nu-

tidsmennesker fra barndommen er presset inn i, blir det forståelig at opparbeidelsen av denne autoinnføling slett ikke alltid er så lett. Ytterlig vanskeliggjort blir det hos bestemte typer neurotikere, hvor muskelpanseret er spesielt stivt og ufølbart.

C. Når patientene er bragt til å føle og sikkert erkjenne sine stramninger, begynner man å løsne på dem. Det kan gå lett, men kan også by på et uendelig tålmodighetsarbeid. Man ber patienten føle etter om der er noen impulser til bevegelser forbundet med stramningene, samt forsøke «å gi etter» for disse impulsene.

Vi støter i dette problem for alvor på patientens motstand, forsåvidt analog med psykoanalysens velkjente motstand mot behandlingen.

Grunnen til denne motstand er helt klar. Ved å løsne på en neurotisk stramming, gir han etter for bevegelsesimpulsen i en affekt som systematisk er fortrengt. Og enhver bevegelse i en slik fortrenging ledsages av angst og ubehag.

Grunnen til denne uundgåelige angst under løsningsforsøkene er enkel. Vi må tenke oss fortrengningene oppstått på følgende måte: hos barnet blir utførelsen av en mengde affekts- og lysthandlinger systematisk forbutt, uansett om forbudet er begrunnet i moral, «god tone», «veloppdragenhet» eller voksnes irritasjon over barns masethet. Barnets første reaksjon på forbudet er aggresjon. Når forbudet imidlertid systematisk gjentas, og eventuelt ledsages av makt eller straff, *må* barnet bøye seg. Gjentas handlingen, vil den hos barnet være ledsaget av angst for de voksne makthavernes misnøye og gjentatte straff. Barnet fortrenger selve impulsen til handlingen. Og en senere oppdukkende lyst til handlingen, ja tanken på lyst til den, medfører som en betinget refleks, angst. Det er disse affektfortrengningene vi finner kropslig forankret som muskulære stramninger. Løsner vi på dem, eller arrangerer virkeligheten i dagliglivet et gjennombrudd av den fortrengte affekt, vil derfor angsten alltid ledsage løsningen eller affektutbruddet.

Vi blir altså forestillet for den neurotiske angst, provosert fram av teknikken. Denne angst angis ofte slett ikke umiddelbart av patienten, og benektes ikke sjelden av ham. «Det er ikke angst, det er ubehag, stivhet, smerter osv.» er uttrykk som ofte anføres. Vi må huske at angsten, på samme måte som andre ulystbetonte psykiske fornemmelser, konsekvent fortrenges av mange patienter. Vi må derfor forstå angsten fysiologisk, og dens fysiologisk adekvate benevnelse er *Sympatikotoni,* eller rettere: Hyper-sympatikotoni.

Har vi skjemaet av sympatikotonien som ledetråd, er det imidlertid lett å konstatere den hos patienten, og man må ikke la seg forbløffe av at bevisstheten ikke tydelig erkjenner sympatikotonien som angst i sjelelig forstand. Enkelte patienter stanser ofte konstant ved denne kroppslige manifestasjon av angst ved løsingsforsøkene. Den går gjennomgående fort over i behandlingstimen, gir relativt sjelden

langvarige symptomer. Andre patienter lar affektimpulsen hurtigere, ofte momentant, bryte igjennom. Vi får da den virkelige vegetative løsing av muskelstrammingen. Den umiddelbare virking av denne er også høist forskjellig. Rent fysisk virker den alltid behagelig, «løsnende», «varmende», «stimulerende». Hvis den psykosomatiske korrelasjon er relativt godt etablert, som det hyppigst sees hos hysteriformet pregete tilfeller, vil affektgjennombruddet være ledsaget av ganske tydelige psykiske reaksjoner. Disse ytrer seg ved det plutselige omslag i lystbetonte fornemmelser, og er ofte ledsaget av erindringer. Disse erindringer strekker seg hyppig langt tilbake i barndommen. De beskrives ofte på en eiendommelig måte, spesielt ikke som en «voksen», bevisst erindring med nesten filmatisert reproduksjonspreg. De angis meget hyppigere å være knyttet til den eller de kroppsdeler som er løsnet. *«Organerindring»* vil i mange tilfelle være et riktigere uttrykk. Men fra den senere barnealder kan en mengde klare erindringer, mer med preg av vår almindelige erindringsform, være dominerende.

Dette punkt, reproduksjon av erindringer, bringer et viktig problem fram. Den psykoanalytiske teori sa opprinnelig at psykoanalysens terapeutiske verdi lå i at ubevisste infantile hendelser og situasjoner gjennom behandlingen ble gjort bevisst. I vår bevissthet ble så angsten og ubehaget ved dem avreagert, komplekset tapte sin neurotiserende kraft. Men da nyere erfaringer viste at et helt arkiv av reproduserte erindringer i mange tilfeller ikke hadde den ventede terapeutiske effekt, modifiserte man det dithen, at de til erindringene svarende affekter også måtte reproduseres for at den analytiske «løsning» av komplekset skulle komme.

Vegetoterapien forklarer oss på en entydig måte hvordan og hvorfor en *tilsynelatende* både erindringsmessig og affektiv løsning ikke bringer det ønskede resultat. Den viser oss det, ved at man selv er i stand til å skjelne mellom skinløsninger og ekte fenomener. Forskjellen kan man neppe se, hvis man ikke av egenerfaring kjenner sine egne fluktutveier for å unngå den virkelige angst som knytter seg til løsningene. Utveier som å stramme en tidligere relativt avspent del i kroppen under løsning av en annen, betinger nettopp en slik «fluktmekanisme». Mens det under løsningen av én kroppsdel reproduseres ekte, verifiserbare erindringer, og tilsynelatende fremkommer en mengde affekter under dette, *bindes den virkelige vegetative energi til en annen kroppsdel.* Energien slipper ikke løs. Stramningen har bare temporært skiftet plass. Det kommer en symptomatisk bedring av et «kompleks», en spesiell angst, men den befriende fornemmelse av at noe virkelig er løsnet, savnes.

Vår forklaring er enkel: hvis ikke den vegetative energi som er bundet til stramningen, gjennom passasjen over den ekte angstutløsning, frigjøres, får vi ingen subjektiv og objektiv løsning. *Det er frigjørelsen av energien, likegyldig om man kaller den vegetativ-, seksual- eller leve-energi, som betinger den varige avspenning, den virkelige helbredelse av symptomet.* Kriteriet på denne løsning er både objektivt og subjektivt lett erkjennelig: den angjeldende kroppsdel blir mer «levende» av utseende og funksjon. Den fornemmes av pasienten som «virkelig tilhørende kroppen». Generelt

føler pasienten en tydelig lettelse, stimulering, aktivering av energi. Og han har jo også reelt fått mer fri vegetativ energi til rådighet i organismen.

Disse løsinger foregår hos de forskjellige karaktertyper ganske forskjellig. Hos de affektlabile, hysteriforme individer finner vi hurtige, ofte voldsomme reaksjoner. Angstoplevelsen har et dramatisk forløp, et skred av erindringer og situasjonsfornemmelser fra barndommen løsner. Hos andre, hvor tvangskarakteren mer dominerer, kommer løsingen langsommere, mer gradvis. Det er som om patienten sjøl doserer angsten og løsingene i små porsjoner. For øvrig finner man under disse behandlinger at de gjengse typeinndelinger etter karakterens fremtoningspreg i hysteriske, tvangsneurotiske og neuratiske typer osv. vesentlig mister sin verdi som «klassifisering» av karaktertypene. En *vegetativ-energetisk synsmåte betinger at man betrakter selve neurosen som utslag av opphopning av vegetativ leve-energi,* bunnet på denne eller hin måte, til den ene eller den annen mekanisme i organismen. *Karakteranalytisk og vegetoterapeutisk* gjelder det å finne ut *hvordan* patienten forholder seg i sine reaksjoner, symptomer, klager osv., og *hvor* de kroppslige manifestasjoner ytrer seg og lar seg løse. Under behandlingen ser vi også hyppig hvordan karaktertypene svinger over i hinannen, under løsningen av de forskjellige energibindinger eller muskelstramninger som man kaller dem, etter sitt overfladiske, av terapeut og pasient lettest erkjennbare preg

Et kapitel for seg er løsningen av åndedrettet. At respirasjonens betydning for organismens sunnhet i alle tider har vært påaktet, er sikkert. Vi kjenner «systemer» for påvirkning av åndedrettet både gjennom okkulte vitenskaper og ned til våre dagers gymnastikk, sang- og stemmepedagogikk. Det er i seg sjøl et meget interessant tema å følge gjennom historien. Felles for alle disse systemer er at de nok gir en viss kroppsfornemmelse. Feilen ved dem er at de alle ensidig legger an på erhvervelsen av visse egenskaper, kroppslig eller sjelelig. De blir i sitt vesen ofte kunstige, fordi de programmessig bare tar med halvdelen av de fenomener som kan erkjennes under åndedrettsløsningen, og springer over de energetisk-terapeutisk viktige ulyst- og angst-betonte reaksjoner.

Vegetoterapiens hensikt med åndedrettsløsningen er å finne fram til det naturlige, fritt bevegelige åndedrett, slik som det manifesterer seg hos vegetativt sunne og vitale mennesker. Hos disse ser man nemlig åndedrettet foregå fritt og ledig. I situasjoner hvor affekreaksjoner er naturlige, vil åndedrettet reagere med, både kvalitativt og kvantitativt, etter affektens art og styrke. Situasjoner hvor affektene vil virke hemmende eller malplaserte, vil gjennom *beherskelse*

av åndedrettet allikevel kunne nyttiggjøres idet de fremtrengende affekter viljemessig *kan* holdes tilbake.

Den almindelige innvenning mot vegetoterapien er ofte at den tilsikter å gjøre menneskene til uhemmede, driftsjagete vesener, behersket av sine tøylesløse affekter. Innvendingen er like tåpelig som uriktig. Vegetoterapien tilsikter å frigjøre menneskene fra deres ubevisste, livsødeleggende hemninger, og frigjøre deres vegetative, seksuelle energi så den kan brukes fullt ut når situasjonen krever det, og vedkommende ønsker det. Det er ikke den fritt strømmende affekt og energi som gjør mennesker til livsudyktige neurotikere, forbrytere. Den fri affekt søker sin normale utløsning på rasjonell måte. Der kan heller ikke reises innvendinger mot det. Men den fortrengte affekt og den hemmete energi søker sin utløsning på irrasjonell vis, den tyter ut gjennom sprekkene i panseret. Den gir aldri virkelig tilfredsstillelse av de naturlige behov. Det alminnelige snakk om «drift», «syndig lyst», «mennesker er da mer enn dyr», «seksualitet er da ikke alt her i verden» osv. referer seg til den besynderlige men massivt innarbeidete forestilling at driftsenergien som sådan naturnødvendig må medføre etiske, moralske og samfunnsmessige forstyrrelser. Det er dette grunnsyn som i sitt vesen er så fullstendig feil. De fri, sunne driftsenergetiske handlinger er riktige, lystgivende, stimulerende. Den hemmede drift og den forvanskete affekt slik som de viser seg i vårt seksualfientlige samfunn, er de «umoralske», «farlige» makter som gjør menneskene neurotiske og reaksjonært størknete. De viser vrangen, angstutslaget av den hemmete driftsenergi, de representerer både i fremtoning og virkning det diametralt motsatte av den biologiske, naturlige energi.

Det er ofte at pasientene, særlig de hysteriformete og de uttalt angstpregete, sjøl angir åndedrettsvanskeligheter. «Jeg får ikke pustet ordentlig inn,» «jeg føler som jeg skulle bli kvalt av mangel på luft,» «det er umulig å puste helt jevnt ut» osv. Og ser man nærmere etter, er det lett å erkjenne at respirasjonen foregår stivt, ufritt, rykkende («sakkadert»), eller man kan se den foregå automatisk jevnt, stivt, helt uten påvirkning av den varierende psykiske tilstand.

Mange av pasientene har imidlertid ingen fornemmelse av hemmet åndedrett, de syns pusten går jevnt og naturlig. Man oppfordrer da vedkommende til å la pusten gå helt naturlig, og samtidig «med kroppen» føle etter om der kan merkes noen hemning ved bevegelsen. Sammenholdes det pasienten føler og det terapeuten kan iaktta, kommer man til et arbeidsgrunnlag for å løsne på pusten. Der finnes 3 hovedmekanismer for respirasjonshemningen: 1) Bukmuskulaturens kroniske hypertoni. 2) Mellomgulvet kan være spent og tregt i sine bevegelser. 3) Den øvre del av brystkassen er spent, utvidet, følger dårlig med i bevegelsene. Samtidig finner vi da nesten alltid hypertonier i skuldrer, kjeve, hals, tunge og svelg.

At der samtidig kan avdekkes andre muskelstramninger som står i rapport med disse mekanismer, og «hører med» til sperringssymptomet, er en kjennsgjerning. For ikke å fortape meg i detaljer, skal

jeg bare anføre at man ved gjennomarbeidelse av disse åndedrettssperringer, støter på ett av de viktigste punkter i hele terapien. Åndedrettet *må* bringes til løsning så langt at pasienten får evne til å la det umiddelbart svinge med i de affekttilstander han er i eller kommer i. Gjennom de fri svingninger i åndedrettet får man på en forbløffende måte etablert den psyko-fysiske kontakt, pasienten *føler* derigjennom tydelig affektens legemlige komponent. Ved det befriete åndedrett får han også meget mer «realitetsfornemmelse» av affekten. Den er ikke bare noe fjernt og blekt som der kan snakkes om. Den erkjennes som det den virkelig er: en energi, med trang til å søke sin utløsning i handling.

Erfaringer fra barn og unge mennesker viser oss at åndedrettshemningen formodentlig er en av de aller første muskulære hemningsmekanismer som settes i gang for å undertrykke affektsimpulser. Det er derfor ikke rart at nettopp denne hemning er den mest automatiserte, den minst påaktete og den vanskeligst løsbare. At den også er den viktigste «stramning» å få løst, skal jeg senere komme tilbake til.

Det blir forståelig at man under løsningen av de forskjellige stramninger, alltid samtidig bearbeider åndedrettet for å få det til å svinge med når andre muskelmekanismer løsner. Når angstfenomenene, gjennom bremsning av åndedrettet, truer med å hindre den videre løsning av en muskelsperring, og derigjennom frigjørelsen av den bundne affekt-energi, er det provokasjonen av den fortsatte pusting, som bringer løsningen i havn. Det er på dette punkt, den viljemessige forsering av åndedrettet gjennom motstandene, at pasienten sjøl kan bidra til å fremme behandlingen. Det høres kanskje enkelt ut. Men tar man i betraktning at pasientens angst og tross hele tiden trofast arbeider stikk imot løsningene, kan man vel også forstå at arbeidet kan medføre et langvarig og tålmodighetskrevende slit både for pasient og terapeut.

D. Jeg har hittil omtalt en del av de elementære punkter i teknikken. De er karakterisert ved deres diagnostiske side, samt ved at de er mer eller mindre oppdelende, «analytiske» av vesen.

Et problem som vil reise seg fra både pasient og fra leser, blir: la nå gå at vi godtar disse vegetative fenomener, at vi erkjenner dem som ekte affektutslag, at vi mer eller mindre kan verifisere de oppdukkete erindringer. La gå videre at der både kan fornemmes og konstateres en energiøkning. Men målet skulle jo være en genialtseksuell frigjørelse, en etablering av orgastisk potens.

Hvordan kommer denne i stand? Er den et tilfeldig ledsagende fenomen, eller kreves der en spesiell behandling av de seksuelle

problemer? Hittil har der jo bare vært snakket om muskelstramninger og deres løsning.

Jeg skal forsøke å sammenstille de erfaringer vegetoterapien råder over, og påvise hvorfor målet i terapien blir den genitalt-seksuelle frigjørelse.

I løpet av behandlingen kommer litt etter litt en orientering i pasientens seksualliv. Som generell regel gjelder at hverken direkte seksuell terapi (bl. a. «onaniterapi») eller seksualrådgivning kan rette på de sværere neurotiske forstyrrelser, sjøl om der ofte kan finnes til dels verdifulle symptomatiske bedringer. Men bedringene er av overfladisk natur, og det er bare i lette tilfelle, særlig hos ganske unge mennesker at noen virkelig bedring kan opnås.

Vegetoterapiens erfaringer på området ligger an på en ganske annen måte.

Under løsningen av åndedrettet og bukveggen angir pasientene ofte at løsningen stanser ved bekkenet. På forhånd kan vi slutte oss til at de genitale feilfunksjoners kroppslige grunnlag er muskelkramper i bekkenets muskulatur. Disse kramper hindrer eller nedsetter den vegetative fornemmelse i bekkenorganene, og bevirker den mangelfulle orgasme.

På et visst stadium av løsningen av åndedrett og bukvegg inntrer et eiendommelig fenomen. Pasienten merker i epigastriet, eller som de sier i mellomgulvet, en impuls til bevegelse. Den bevirker en kontraksjon av hele bukmuskulaturen, samt av den store lendemuskel. Bukveggen er under disse bevegelser voldsomt overømfintlig, bevegelsen utløses derfor også ved den letteste berøring av maven. Disse bevegelser, rynkninger i maven, kan fortsette gjennom lengere tid i timen, og utløses typisk på et visst punkt av utåndingen, etterat denne er bragt til «løsning». Enten straks, eller etter noen tid, ledsages disse rykninger av eiendommelige strømmende, «varmende», «kilende» fornemmelser. De beskrives også som gysing, grøssing, «iling» i mave og kropp og lemmer. Disse strømninger, som intet annet er enn de primitive vegetative lyst-strømnings-fornemmelser, kan til og med ledes fra mellomgulvet og rundt i kroppen, lemmene, hodet. De bevirker på de steder hvor de kommer, en øket kroppsfornemmelse og øket impulsrikdom. Der kommer en varmefornemmelse, lette dirringer, fornemmelse av belivelse av de forskjellige steder. Neurologisk kommer der en uttalt økning av sene-, benhinne- og hudreflekser.

Under den videre utvikling av denne bukrefleks med de ledsagende vegetative strømninger, kommer der «fornemmelser» i bekkenet og kjønnsorganene. Derigjennom oppdager pasienten stramninger i bekkenmuskulaturen, vesentlig i lukkemusklene for blære og

rektum. Ved løsningen av disse, under samløpende fri utånding og strømningsfornemmelse, kommer en seksualisering av genitalia. Det er forbausende å høre hvordan seksualiseringen opfattes som «be-livelse» av hele kjønnsmekanismen. Lystfornemmelsen arter seg på en annen og sterkere måte enn tidligere. Muskulaturen i kropp og lemmer løsnes og blir mykere i bevegelsene.

Hele organismen kommer til slutt med i den fra mellomgulvet utgående impuls. Under passasje av forskjellige muskelløsninger med tilsvarende angstfenomener, kommer til slutt kroppens bevegelser til å arte seg som coitusbevegelser under hel hengivelse til situasjonen.

Bevegelsesimpulsen angis å utpringe i dybden av epigastriet, nærmere bestemt fornemmes den å utgå fra plexus solaris, uten at noe fysiologisk bevis for dette foreligger.

Vi må anta at løsningen av vegetomekanismen har ført til retablering av en av de fleste nåtidsmennesker «glemt» biologisk refleks: «Orgasmerefleksen». Det betyr ganske enkelt at kjønnsaktens bevegelser i sin oprinnelse er vegetativt-automatisk fundert. Det betyr at de av viljen igangsatte coitusbevegelser avsvekker de vegetative, automatiske impulser og dermed de vegetative strømninger. Det betyr at bevissthetens deltagelse i kjønnsakten er en «hemning» i den biologisk betingete handling. Det gir forståelse av at «normalorgasmen» som uttrykk for den sterkeste vegetative energiutladning krever en maksimal nedsettelse av «normalbevisstheten».

Jeg er selvfølgelig oppmerksom på at denne åpne behandling av seksualspørsmål, som for enkeltindividet i dets privatliv representerer det mest sky og intime i dets personlighet, må vekke motstand, fra enkelte hold avsky. Det er også umulig på forhånd å imøtegå alle de innvendinger og angrep som måtte fremkomme, representert av de forskjellige synsmåter: moral, etikk, estetikk, foreldre, leger, pasienter, «dannede mennesker», «ganske alminnelige og normale mennesker» og andre «forstårsegpå-ere».

Seksualøkonomiens hensikt er å bringe seksualproblemene til vitenskapelig utforskning og erkjennelse. Den tar intet hensyn til hva den enkelte kan ha å innvenne mot form eller inhold av det som erkjennes. Hovedsaken er at de faktiske og erkjennbare fenomener fremlegges slik som de kan iakttas. En nøktern og objektiv vurdering på seksualenergetisk basis må være utgangspunkt for diskusjon om temaet.

Prinsipielt skal jeg bare anføre et par bemerkninger:

1. *Orgastisk potens som behandlingens mål:* Det høres sikkert ensidig, »seksuelt monomant» å fremsette dette som mål i en behandling, bortsett fra at ethvert menneske som selv føler mangel på denne egenskap, mer eller mindre åpent søker og lengter etter den.

Saken er ikke så enkel. Som tidligere nevnt fører direkte «seksuell» terapi neppe til målet ved en psykoterapi. Vegetoterapiens mål er frigjørelse av den neurotisk bundne vegetative energi. Dens resultat ved riktig gjennomførelse er opphevelse av de neurotiske symptomer og etablering av orgastisk potens. Denne er altså egentlig et resultat, men

betydningen i terapien av dette resultat er så avgjørende at den også kan betegnes som et mål. Biologisk sett er etableringen av orgastisk potens kriterium på vegetativ sunnhet, og kan derfor også på den måte betraktes som et mål.

2. *De «moralske» innvenninger*, enten de nå kommer fra religiøst hold, eller de på andre måter er forkledd i faglige, etiske, estetiske osv. former, er alle i sitt vesen basert på vårt samfunns konvensjonelle uvilje og fientlige innstilling mot seksualiteten. Innvenningene gjøres på sett og vis av nesten alle mennesker, idet de fleste har gjennomgått en seksualfientlig oppdragelse. En mektig støtte har innvendingene i religion og den passive reaksjonære innstilling.

Seksualfientligheten gjennomsyrer samfunnet, likegyldig om den ytrer seg som kirkens massive «Du-skal-ikke»-moral, eller den formuleres med de liberales «seksualitet er da ikke alt her i verden».

Seksualøkonomien sier at den sunne seksualitet er en uunnværlig funksjon for den fulle realisasjon av et menneske. Den gir lykke og levedyktighet til den enkelte og til samfunnet. Den hemmede og skakk-kjørte seksualitet virker forvanskende på karakteren, gir individets meninger og handlinger preg av kompensasjon og surrogat.

3. En *«humanist»* vil ofte innvende: *«Sublimeringen»* av driften er en av de viktigste kulturbyggende faktorer, derfor er vår kultur delvis et derivat av den herskende, og humanistisk erkjente seksualfortrenging. Dette argument, som i øyeblikket høres bestikkende ut, er i sitt vesen feilaktig, fordi forutsetningen for denne problemstilling er falsk.

Sublimeringen skulle bestå i at den ved seksualfortrengning innsparte energi blir anvendt på høyere, kulturelle mål. Det anvendes eksempler fra kunstnere, vitenskapsmenn, diktere, med den lettkjøpte forklaring at det er askesen, avholdenheten, energisparingen som ligger til grunn for det ekstraordinære arbeide han har ydet.

Den energetiske betraktningsmåte viser det absurde i denne tenkemåte. Med seksualitet mener de fleste mennesker de følelser og handlinger som knytter seg til genitalmekanismen. En innsparing på dette energibudgett skulle komme individet til gode på hans leveenergikonto, og dermed på hans arbeidsytelse. Seksualøkonomien viser, særlig tydelig gjennom vegetoterapien, at seksualfortrengingen binder energi, låser den fast på forskjellige steder i organismen, og at individet derved neurotiseres. Dette gjelder alle individer hvor seksualfortrengningen gjør seg gjeldende. De fleste mennesker, med en «leveenergi» som ligger innnfor grensene for det gjennomsnittlige, vil fremby bildet av et alminnelig, «normalt» eller mer eller mindre neurotisk preget individ. De relativt få mennesker, som har medfødt en større leveenergi, vil *på tross av de eventuelt tilstedeværende seksualhemninger* i mange tilfelle greie å presse sin energi fram i skapende, produktiv ydelse.

Seksualfortrengningen bevirker altså en energibinding, og gjennom de oppståtte neurotiske mekanismer en vanskeliggjørelse av den fri arbeidsutfoldelse. Sublimeringen blir derfor bare demonstrasjon av at et med leveenergi ekstraordinært utstyrt menneske, tvers igjennom de eventuelle seksualhemninger, yder et ekstraordinært arbeide.

4. En hovedinnvending fremkommer også hurtig, og fra svært mange: «Hvordan skal det gå hvis vi slipper våre drifter løs, hvilket kaos av

stadig vekslende kjærlighetsforhold vil ikke komme, hvilket inferno av svineri og lidderlighet vil ikke oppstå.»

Denne innvending har flere årsaker. For det første leser vi daglig om seksualforbrytelser, begått av seksuelt abnorme individer. Og med en lettvint arvebiologisk forklaring går man ut fra at det er «medfødte» anlegg. Både den psykoanalytiske og ennu mer den vegetoterapeutiske behandling av seksuelt perverse individer og psykopater, viser at i det minste den overveiende del av disse perverse eller abnorme tendenser er oppstått gjennom den seksualfortrengende oppdragelse. De abnorme seksualhandlinger er uttrykk for det overskudd av seksualitet som det ikke lykkes å fortrenge, og som i forvansket form presser seg ut gjennom forbudspanseret. Erfaringene fra behandlingene peker også alltid hen på *de spesielle miljøforhold* som betinger nettopp den ene eller den annen form for seksualabnormitet.

Et annet moment som spiller inn, er det seksualfortrengte menneskes forestillinger om alle de forferdeligheter som vilde slippe løs: ustanselig veksling av partner, et liv i utsvevelser og nydelser osv.

Argumentets årsak er klar. Et seksualfortrengt menneske vil ha hopet opp seksualenergi som det ikke finner avløp for. Denne energiophoping vil uundgåelig avstedkomme et forsterket seksuelt fantasiliv, som bevisst eller halvbevisst meddeler det fornemmelsen av en overveldende seksualutfollelse hvis «seksualiteten blev sluppet fri». Det faktiske forhold er et helt annet: Det seksuelt sunne menneske vil lete seg frem til en partner som det sympatiserer med og får etablert et lykkelig forhold med. I det sunne seksuelle forhold oppdager det også at det seksuelle kravs grenser markeres av de enkelte individers naturlige erotiske behov.

Man gir erotikken det den tilkommer, og man gir arbeide og annen livsutfoldelse resten, og det er ikke den minste del av leveenergien.

Fri seksualitet betyr ikke annet enn individets fulle evne og tillatte anledning til etterkomme sitt naturlige seksuelle behov. Det er ethvert menneskes naturlige rett. Det skulle være samfunnets plikt å gi dem anledning til å bruke den.

Etableringen av orgasmerefleksen gir pasienten en stadig økende fornemmelse av vitalitet og energi. Jo friere og mindre angstbetont dens forløp er, dess mer føler pasienten seg seksuelt funksjonsdyktig. Trangen til seksuell utløsning vil gjøre seg gjeldende i et eventuelt bestående forhold, eller bane vei for innledningen av et. Den bedrede seksualfunksjon gir en stadig økende fornemmelse av normalitet, behovet for behandling avtar. Forholdet til omgivelsene kommer inn i en ny fase. Pasienten blir sikrere, stoler mer på seg selv, blir mer sjølstendig. Hvorvidt denne nye, sjølstendige innstilling fører til noen omkalfatring av de bestående forhold, beror helt på hvordan disse virkelig er. Spørsmålet om det eventuelle ekteskaps opprettholdelse kommer inn i en ny fase. At et ekteskap under den nye situasjon kan gå over styr, sier seg sjøl. På den annen side sees det hyppigere at et vanskelig ekteskap reddes ut av de konflikter som i stor utstrekning har berodd på pasientens neurose.

Behandlingen nærmere seg sin naturlige avslutning. Og avslut-

ningen markeres ganske enkelt ved at pasienten ikke lenger har behov for behandling. Han føler seg vital, seksuellt normal, maksimalt handle- og arbeidsdyktig. De reelle vanskeligheter og konflikter fortoner seg som det de er, ikke neurotisk overdimensjonert som før. Pasienten går ut av behandlingen som et naturlig, sundt menneske. Den neurotiske karakter er omstrukturert, energien vendes bort fra den neurotiske sjølvopptatthet og rettes mot omverdenen og de ønskemål og arbeidsoppgaver den byr på.

E. Kommentarer:

Denne sammenfatning av vegetoterapi kan se enkel og bestikkende ut. Men man må huske på at denne artikkel bare er en skjematisk oversikt over de kjennsgjerninger som konstateres. De forskjellige fenomener kommer ikke dryssende etter hverandre som perler på en snor. Hver enkelt løsning kan ta lang til. Hver enkelt energibinding (muskelstramning) har sin psykiske ekvivalent i den tilsvarende karaktermotstand. Ofte må løsningsarbeidet av en stramning bli liggende i lang tid, inntil den karakteranalytiske parallellbehandling av motstanden åpner muligheten for videre muskelløsning. I det hele tatt går vegetoterapien og karakteranalysen hånd i hånd. Ensidige kroppsløsninger uten tilsvarende psykisike reaksjoner må betraktes som bare halvveis løsninger, sjøl om mange symptomer derved kan bedres (søvnløshet, forstoppelser, forskjellige angstfenomener osv.). En mangelfull psyko-fysisk kontakt må betraktes som et neurotisk symptom, en «spaltning» hvis oppgave bl. a. er å unngå den latente angst. Uten ekte angstgjennombrudd får man ikke virkelig affektutløsning, ingen reel energifrigjørelse.

Man må altså se den vegetoterapeutiske side av behandlingen fordelt over et langt tidsrum, ofte flere hundre timer. Man må også ha klart for seg at denne skjematiske oversikt gir bilde av hvordan utviklingen foregår i gunstige tilfelle. Vanskeligheten og de ofte nesten håpløse stivnete tilfelle hører hjemme i en annen artikkel. Behandlingsmetodikken er ny, sjøl om det teoretiske fundament er sikkert nok. Terapeutens personlige evne til å finne løsning gjennom vanskelighetene beror på hans innfølingsevne. Hvert tilfelle er et nytt erfaringsmateriale. Hver time stilles terapeuten overfor spørsmålet: Ekte energifrigjørelse med affektutløsning, eller agering med pseudoaffekter uten angstfenomener. Det er et hovedspørsmål å løse, og det er helt avgjørende for omstruktureringen av den neurotiske karakter over i den genitale karakter.

Et annet spørsmål er risikoen ved vegetoterapi. Det har ofte vært fremhevet at farene ved å løsne på affektene og driftsimpulsene er en betenkelig innvending mot vegetoterapien. Og jeg vil ytterligere

innskjerpe risikoen ved behandlingen. Den absolutt viktigste betingelse for å benytte vegetoterapeutisk teknikk er at man sjøl har gjennomgått behandlingen. Terapeuten må kjenne reaksjonene på seg sjøl, han må vite hvordan de ekte løsninger foregår, han må ha avslørt fluktmekanismene og svindelen med pseudoaffektene. Kun disse egenerfaringer gir ham sikker evne til bedømmelse av pasientens reaksjoner, kun sjøloppleveIsen gir ham sikkerhet i innfølingen og pålitelig identifiseringsevne med pasienten. Bare disse egenskaper kan gi ham sikker vurderingsevne, gjøre ham fintmerkende overfor alarmsignaler om farlige tilstander.

Et tredje spørsmål, som særlig for fagpsykologer har betydelig interesse, er forløpet etter behandlingen, holdbarheten av de oppnådde resultater.

I betraktning av at vegetoterapien fremkom som sjølstendig behandling for ikke mer enn 3—4 år siden, er det sjølsagt umulig å fremlegge noen større kasuistikk. Heller ikke kan man si at etterkontrollen av pasienten kan gi noen definitivt svar på den videre utvikling. De relativt få tilfeller som er ferdigbehandlet, synes terapeutisk sett å være vel konsolidert.

Prognostisk kan man vel ha god grunn til å vente et holdbart resultat, idet den gunstige utgang i orgastisk potens gir en styrket sjølfølelse og frigjort energi til sjølhevdelse, øket aktivitet og arbeidsglede. På den annen side stiller den frigjorte seksualitet sterkere krav til pasienten, både overfor seg sjøl og omgivelsene.

De resultater som foreligger peker imidlertid hen på muligheten av å oppnå det mål som enhver neurosebehandling tilsikter: å gi evne til hel hengivelse i kjærlighet, å gi evne til hel konsentrasjon og glede i arbeide.

Sexualraadgivning.

AF

TAGE PHILIPSON

Dette tidsskrift hedder «Klinisk og pedagogisk Tidsskrift for Sexualøkonomi», men man maa ikke heraf slutte, at vi kun vil bringe vore erfaringer fra den karakteranalytisk-vegetoterapeutiske klinik, vore pædagogiske erfaringer og den dertil hørende teori. Tværtimod, «klinik» i den betydning vi ønsker at bruge ordet, omfatter *alle* forhold, hvor sexualøkonomisk viden har praktisk betydning for den enkelte, kan blive til hjælp i personlige besværligheder eller til forebyggelse af personlig liden.

Svarende til almindelig medicinsk forskning og terapi har vi den almindelige hygiejne. Og denne almindelige medicinske hygiejne er atter dels en personlig hygiejne, dels en social hygiejne. Nøjagtig lisaadan blir det paa vort omraade: svarende til den almindelige lære om sexuallivet i alle dets biologiske, psykologiske og sociologiske forhold faar vi en personlig og en social sexualhygiejne, hvis forhold til sexualøkonomien maa blive lisaa intimt som fx. spædbørnshygiejnens forhold til pædiatrien. Denne sammenligning kan fortsættes: lisom den individuelle spædbørnshygiejne i vore dage søger at faa kontakt med alle mødre med spædbørn og alle spædbørnsinstitusjoner, saaledes ønsker vi, at vor viden skal naa ut til alle, for hvem sexuel sundhed har betydning — altsaa alle mennesker. Spædbørnshygiejnen har tre led, børnelægen, hans sociale medarbejder (i Danmark sundhedsplejersken) og mødrene. Tilsvarende er det vort maal gennem sexuallægen og hans sociale medarbejder at naa ud til alle, der har brug for sexualhygiejne.

Her maa lige gøres to bemærkninger.

For det første, hvad den sociale sexualhygiejne angaar: vi vil behandle forudsætningerne for den, men den selv vil vi stort set *ikke* behandle i dette tidsskrift. Det skyldes ikke, at vi ikke tilkender den værdi. Tværtimod, vi ved, at til syvende og sidst er det den, det hele kommer an paa, naar maalet er, at menneskene skal kunne opnaa et sundt, tilfredsstillende sexualliv og dermed være beskyttet mod neuroser og andre lidelser. Grunden til, at vi her ikke kommer ind paa dette emne, er, at det gaar saa dybt i sine sociale konsekvenser, at vi, for saa vidt muligt at sikre udbredelsen af vor kliniske

viden, har valgt her at undgaa det sprængstof, der ligger i at trække de sociale konsekvenser af denne viden.

For det andet: ingen ved bedre end vi selv, hvor mange huller vor viden om sexuallivet endnu har, og hvor mange spørsmaal vi endnu maa la ubesvaret. Ogsaa dette ønsker vi klart skal fremgaa af dette tidsskrift. Men samtidig har vi en paa klinisk viden grundet teori, der omfatter hele sexuallivet — og dermed grundlaget for en virkelig udbredelse af forstaaelsen af sammenhængen mellem alle sexuelle spørsmaal og af betydningen af sexuel sundhed. Man vil da kunne forstaa, at hovedreglen i al sexuel raadgivning maa være hjælp til højest mulig tilfredsstillelse under de givne strukturmæssige, indre, og sociale, ydre, forhold.

Vi ønsker, at virkelig viden om sexuallivet skal præge baade synet paa det og behandlingen af det. Hidtil har det ikke været saadan. Derfor findes i den hidtidige sexuologiske litteratur — ved siden af de rige enkelterfaringer — dels en saadan mangel paa system og dels en saadan mængde modstridende standpunkter.

Naar vi i dette tidsskrift til stadighed ønsker at bringe vore erfaringer som sexuallæger og sexualraadgivere, saa gør vi det hovedsageligt ud fra tre forudsætninger:

1) Sexuallivet, som det er nu, er i næsten alle tilfælde sygt og utilfredsstillende.

2) Til en vis grad kan dette i et meget stort antal tilfælde afhjælpes ved simple forholdsregler af social eller raadgivningsmæssig art.

3) Men denne hjælp gis nu yderst sjeldent p. gr. a., at saa faa har de forudsætninger, der er nødvendige for at gi eller modta den. De, der søger hjælp, faar derfor ofte raad, der, tværtimod at hjælpe dem, kun gør forholdene værre.

Disse tre forudsætninger vil vi omtale lidt nærmere:

Naar jeg som den første nævnte, at sexuallivet i *næsten* alle tilfælde er sygt og utilfredsstillende, er brugen af ordet næsten i og for sig blot, dels en sikkerhedsventil mod virkeligt sjældne undtagelser, dels en tilsnigelse for ikke at virke *for* bestemt i mine udtalelser. I virkeligheden — ligegyldigt hvor man iagttar den — viser det sig paa de mangfoldigste maader, hvor sjældent et blot tilnærmelsesvist sundt sexualliv er:

> Overalt, paa gader og stræder, saavel som i forsamlinger, ser man mennesker og menneskelige reaktioner, som man ved første øjekast kan se det hæmmede og forkvaklede paa, — og hører om reaktioner, som viser, hvor langt menneskene er fra blot at ane, hvad virkelig sexuel hengivelse og tilfredsstillelse er.

I en praxis av kvinder, der kommer paa grund af formodet, uønsket svangerskab, har man rig anledning til at erfare, hvor lidet tilfredsstillende og tomt sexuallivet er baade for disse kvinder og for de fleste af deres mandlige partnere.

I en tilsvarende praksis, bestaaende af kvinder, der kommer for at lære brugen af pessar, har jeg forsøgt at spørre saa nøje som muligt ud angaaende disse forhold, idet jeg mener, at man har ret til at betragte disse kvinder som udgørende en særlig *sund* gruppe. Vi skal straks se et eksempel paa, hvor meget overvindelse der skal til før kvinderne gaar til læge i en saadan anledning. Og denne gruppe bestaar altsaa netop af de kvinder, der for at faa et bedre sexualliv har overvundet alle disse hæmninger. Osse de viste sig nemlig fulde af skyhed, og det var højest nogle faa pct., selv af disse kvinder, der ikke led af meget stærke og udprægede forstyrrelser i sexuallivet, som fx. mangel paa evne til at føle lyst i skeden (vaginalanæstesi) eller mangel paa evne til sexuel udløsning i det hele taet (orgastisk impotens).

Saa et eksempel paa den utrolige angst kvindene har for at beskjæftige sig med svangerskabsforebyggelse: paa en tuberkulosepoliklinik tilraadede baade læge og sygeplejersker *alle* kvindelige patienter at henvende sig til *gratis svangerskabs*-forebyggelse (pessar). Lægen gjorde samtidig opmærksom paa den ekstra sundhedsmæssige betydning, det hadde for dem som tuberkuløse eller tuberkulosetruede, og sygeplejerskerne tilbød endog at følge hver enkelt af dem op til sexualraadgiveren. Alligevel opsøgte højst 2 pct. af kvinderne ham (og de næsten alle ledsaget af sygeplejerske).

Et yderligere vidnesbyrd om sexualhæmningernes udbredelse ligger fx. i den ringe modstand langt de fleste forældre viser mod at ha børnene i deres soveværelse: I hele min praxis har jeg een eneste gang set, at forældre med udpræget daarlige boligforhold virkelig har gjort sig store anstrengelser for at løse dette spørsmaal. I det hele er det forbavsende, hvor lidt folk lar sig forstyrre heraf. Naar det lykkes at faa forældre til at la børnene sove andetsteds end i deres eget soveværelse, skyldes det i reglen hensynet til børnene. Det er kun sjældent forældrene *føler* sig generet af børnenes nærvær.

Til alt dette kommer den kliniske erfaring, at selv hos de tilsyneladende sunde, der gennemgaar en psykoanalyse eller en vegetoterapi af uddannelsesmæssige grunde, og som ikke selv ved af at ha nogen sexualforstyrrelse, selv hos dem viser der sig *altid* at være sexualforstyrrelser, i reglen endda svære og udprægede forstyrrelser.

Alt dette viser, i hvor høj grad vi har hele verden til patienter, for at bruge Freuds udtryk.

For at forstaa dette rigtigt maa man vide, at næsten ingen er klar over, hvor meget der er i vejen med deres eget sexualliv. Til en vis grad er det oven i købet tværtimod: De, der lider mest under deres sexualforstyrrelse, er ofte de, der kræver mest og sundest sexualitet uden virkelig at kunne opnaa den, medens jo forfærdelig mange, der mener at være raske, i virkeligheden kun lever et helt mekanisk og tomt kærlighedsliv.

Inden vi gaar over til at antyde, hvad der kan gøres til afhjælpning af disse tilstande, skal vi ganske kort omtale følgerne af dem. De er mangeartede og indebærer tilsammen en god del af al menneskelig lidelse.

Direkte berøves menneskene altsaa deres væsentligste lystkilde: samlejet, der skulde krone og uddybe deres kærlighedsforhold, blir tomt, flat, mødt med ligegyldighed eller endda med afsky. Som følge deraf blir forholdet mellem partnerne, om de er gift eller ej, daarligere; kærligheden viger for ligegyldighed eller fjendskab. I mange tilfælde spiller angsten for svangerskab en meget stor rolle, eller der kommer uønskede børn, eller uønskede svangerskaber afbrydes. Især blandt ungdommen spiller kønssygdommene og angsten for dem osse en stor rolle. Mange mænd vil blot «ha en pige» og mange kvinder «gør det bare, for ellers gaar han jo til en anden», det vil sige for overhovedet at faa lidt venskab. Saaledes kunde man fortsætte med eksempler, der viser, at næsten alt kærlighedsliv præges af, at menneskene slet ikke er i stand til at gi og modta det, de ønsker at opleve med hinanden. Naar saa sanserne blir overophidsede og maa bringes til ro, opstaar der ofte en skamløs og upersonlig erotik.

Den næste store følge af den utilfredsstillede sexualitet er neuroserne: Den normale orgasme er den eneste mulighed organismen har for at faa udløsning for alle vegetative energier, den producerer. Findes den ikke, maa energierne ophobe sig i legemet og derved forandre legemets vegetative funktioner. Dette viser sig først som en aktual-neurose, ganske groft taet som alminnelig nervøsitet, og dernæst, naar som følge deraf visse holdninger blir vedvarende, ved at vedkommende i hele sin væremaade blir stivere og stivere, mindre og mindre levende. (Dette selvfølgelig igen kun det groveste skema.) Man kan osse udtrykke det paa den maade, at sexuel energi, der ikke naar frem til udløsning, blir til angst og aggression; da disse tilstande heller ikke naar frem til mere end delvis udløsning, kommer menneskene til at lide mere og mere af tilbageholdt og derfor skjult angst og had, og dette er grunden til, at de fleste mennesker

er, som de er, og til alle de neurotiske og «funktionelt» psykotiske lidelser, der plager menneskene.

De fjernere virkninger af sexualhæmningerne fx. paa politik og opdragelse skal vi ikke beskæftige os med i denne sammenhæng.

Min næste paastand var, at der til en vis grad kan gøres en mængde for at bøde paa alle disse forhold. Her i tidsskriftet vil vi i en særlig rubrik om sexualraadgivning vise, hvad der kan gøres paa denne maade. Vi skal lige forsøge at sammenfatte det.

Det viktigste middel, man har i en raadgivningspraksis, er utvivlsomt pessaret, fordi pessaret i vore dage baade er det sikreste forebyggelsesmiddel og samtidig det, der virker mindst generende og mindst lystnedsættende under samlejet. *Pessarets indikationer* er af dobbelt karakter, — og begge maa kendes, selv om de i mange — vel de fleste — tilfælde falder sammen. For det første er det som omtalt det sikreste middel og derfor det bedst egnede i langt de fleste af de tilfælde, hvor sexuallivet forstyrres af angsten for uønsket svangerskab. Blandt disse tilfælde er der et, man særlig skal huske paa, nemlig det ingenlunde sjældne, hvor klienten baade lider af for tidlig sædudtømmelse(ejaculatio præcox) og samtidig bruger afbrudt samleje som forebyggelsesmetode. Coitus interruptus virker nemlig næsten altid stærkt aggraverende paa ejaculatio præcox.

Den anden hovedindikation for pessaret er aktualneurotiske tilstande, d. v. s. tilstande af fri angst, almindelig nervøsitet og irritabilitet, svimmelhed, søvnløshed og tilsvarende klager. Som omtalt skyldes disse tilstande, især i friske tilfælde, langt oftest direkte mangel paa adækvat sexuel tilfredsstillelse, idet de er direkte udtryk for de derved ophobede energier. De kan derfor helbredes svarende til den grad, hvori det kan lykkes at opnaa større tilfredsstillelse i vedkommendes sexualliv, og dette gælder NB ogsaa i mange tilfælde, hvor vedkommende ikke selv er klar over den manglende tilfredsstillelse, fx. hvor dette skyldes afbrudt samleje eller samleje med condom, for at nævne de to almindeligste aarsager.

Det er klart, at baade de, der lider af svangerskabsangst og aktualneurotikerne kun relativ sjældent opsøger den specielle sexualraadgiver, men i reglen konsulterer andre læger. Dette gælder selvfølgelig osse mange andre af de her omtalte patienter, men spiller dog den største rolle for aktualneurotikernes vedkommende. De udgør jo en meget stor del af næsten alle lægers klientel, særlig nervelægernes og de almindeligt praktiserende lægers, men osse fx. hjertespecialisternes. Enhver af disse læger vil let kunne faa saa megen øvelse, at han i det store flertal af tilfælde kan stille den rigtige diagnose og instituere den rigtige behandling: lære patienten (eller dennes kvindelige partner) at bruge pessar og dermed faa

dem til at ophøre med den sundhedsskadelige forebyggelsesmetode, de hidtil har anvendt.

Det næste, sexualraadgiveren kan gøre, er at gi rigtig og tilstrækkelig oplysning! — og gi den paa den rigtige maade, d. v. s. saaledes at klientens sexualangst ikke forøges, men tværtimod formindskes saa meget som muligt. Med den kolosale mangel paa viden, der findes paa dette omraade, har denne oplysningsvirksomhed selvfølgelig en meget stor betydning. Der er her ikke alene tale om de hyppige tilfælde, hvor helt unge maa ha oplysning om saa at sige alt, eller om almindelig oplysning om svangerskabsforebyggelse og forebyggelse af kønssygdomme. Folk kommer her og spør om alt, uden undtagelse alt, hvad der kommer sexuallivet ved. Den vigtigste gruppe af spørsmaal er dog sikkert de, der stammer fra angsten for at ha skadet sig eller at ville skade sig ved sit sexualliv. Det drejer sig oftest om hypokondre forestillinger og mindreværdsforestillinger knyttet til onanien og om forestillinger om at ha for smaa eller misdannede kønsorganer. Det er en rig virksomhed, der kan udfoldes paa dette omraade, og det er ikke minst her, at det sundhedsmæssigt er saa vigtigt, at sexualraadgiveren staar positivt til et sundt sexualliv. Jeg har tidligere behandlet dett spørsmaal i en artikel*) og skal nedenfor nævne et par exempler, der taler for sig selv.

Den tredie og egentligste gruppe patienter bestaar af dem, der kommer til en sexualraadgivning i snævrere betydning. De kommer gerne enten med en aaben konflikt, «skal jeg gøre dette eller hint?» eller «skal jeg gøre det, eller la være?», eller osse skyldes besøget en sexuallidelse af den ene eller anden art, oftest en potensforstyrrelse eller en pervers tilbøjelighed.

Alle disse patienter kan ofte kun behandles rigtigt, naar man har den nødvendige viden baade paa det snævre sexuologiske og paa det videre psykologiske omraade, — og det er ofte i disse tilfælde et meget stort ansvar sexualraadgiveren staar med. Som exempel herpaa skal jeg nævne, at mine egne to første tilfælde af denne art begge var stærkt psykosetruede i helt umiddelbar sammenhæng med deres sexualliv. W. Reich har her fremhævet det exempel, hvor to unge mennesker kommer og spør, om man mener, at de skal opta et sexuelt samliv. Man maa da kunne overse baade de sociale og personlige konsekvenser af at opta samlivet og samtidig faren baade for forholdet og for den sexuelle sundhed ved at la være. Jeg overlader i saadanne tilfælde saa vidt muligt den endelige afgørelse til de unge selv og nøjes med meget omhyggeligt at tale alt igennem med dem,

---

* T. Philipson: Dida Dederding som Sexualraadgiver. Sex og Samfund. Nr. 3. December 1937.

idet jeg selvfølgelig altid sørger for, at de blir fuldt oplyst angaaende problemet svangerskabsforebyggelse.

For potens- og driftsforstyrrelsernes vedkommende er det vel selvindlysende, at et nøje kendskab til deres klinik er forudsætningen for at behandle dem rigtigt. Det er osse det omraade, hvor overgangen mellem blot raadgivning og egentlig behandling er mest flydende: ofte vil det være hensigtsmæssigt, at la klienten komme igen nogle, eventuelt en hel del gange og forsøge, at oparbejde de konflikter, der ligger til grund for lidelsen, saa meget det nu lar sig gøre paa en saadan maade. Men osse her blir det jo først den kliniske behandling af stoffet, der vil gøre det klart for læseren, hvad det konkret drejer sig om.

Den tredie forudsætning, vi gjorde for vort kommende arbejde, var, at indtil nu gis der af mange grunde næsten ingen *positiv* sexualraadgivning.

De vigtigste af disse grunde ligger sikkert i publikums uvidenhed, indolens og skyhed overfor alt, hvad der har med dets egen sexualitet at gøre.

Til dels gælder uvidenheden selve sexuallivet, specielt spørsmaalet sundt eller sygt. Jeg skal her kort fortælle et exempel, der gjorde særligt stærkt indtryk paa mig:

En ung kvinde paa 22—23 aar opsøkte mig paa grund af, at hun mente at være «abnorm» i retning af aldrig at kunne bli seksuelt tilfredsstillet. Det viste sig, at hun i aarenes løb havde forsøgt samliv med 6, NB 6 forskellige mænd, og virkelig aldrig havde oplevet noen seksuel tilfredsstillelse, og det viste sig yderligere, at det havde sin gode grund i, at samtlige hendes mandlige partnere, — der alle havde ment sig sunde og i regelen havde klaget over *hendes* «sygelighed» — havde lidt av svær ejaculatio præcox. Det længste samleie patienten havde oplevet havde end ikke varet ½ minut.

Da yderligere samtale med hende ikke viste noget abnormt, og da hun angav at ha normal følsomhed i sine genitalia, specielt i vagina, maatte jeg la hende gaa efter at ha forsøgt at gøre hende klart at der næppe var noget i veien med *hende*.

Men publikums uvidenhed er vel endnu langt større, naar det drejer sig om at vide, hvor man kan henvende sig om hjelp — eller det har manglende tiltro til den eventuelle hjælp, det kan faa. Begge dele er ikke alene let forstaaelige, men osse i de fleste tilfælde helt berettiget. Mange, sikkert de fleste, læger nægter nemlig at hjælpe deres patienter i disse spørsmaal; og de fleste af de læger, der ikke direkte afviser spørsmaalene, besvarer dem ud fra religiøse eller mere eller mindre konventionelt moralske standpunkter; og selv hos de ikke faa læger, der virkelig ikke vil andet end hjælpe deres patienter, blir den hjælp de kan bringe ofte problematisk — og *må* blive det, saa

længe de ikke under uddannelsen lærer noet om sexualliv eller neuroser, saa de er henvist til den viden, de selv mere eller mindre tilfældigt kan skaffe sig.*) Nedenfor skal jeg kort gaa lidt ind paa dette.

De væsentligste hindringer for publikum ligger dog ikke i uvidenheden om, at der er noet i vejen, eller om at der kan bødes paa det, der er i vejen, men i den indolens, der findes, og vel især i den skyhed alle har for at komme frem med sine lidelser paa dette omraade. Hvis sexualraadgivningen skal faa den betydning, som den kunde og burde ha, saa maa vi gennembryde den skranke, som forhindrer menneskene i at komme til os med sexuelle lidelser, — det maa blive mindst lige saa selvfølgeligt, som det er at søge kvalificeret hjælp fx. imod en øjensygdom. Baade gynækologer og venerologer har haft tilsvarende skranker at overvinde, — og selv om det endnu for saare mange patienter koster stor overvindelse at gaa til lægen fx. med en blødningsanomali eller med et genitaludflod, saa er skrankerne dog for saa vidt gennembrudt, at langt de fleste dog kommer til lægen.

Dette var spørsmaalet set fra publikums side. Set fra lægens side tar det sig som omtalt næsten lige saa ilde ud:

For det første findes der ingen undervisning indenfor dette omraade, trods dets overordentlige betydning—bortset fra den undervisning som gis fra naboomraader, af lærere, som heller ikke er specialuddannede i sexuallidelser — og selv denne uddannelse er i regelen mindre end nødtørftig. Jeg tænker her fx. paa den *rent teoretiske* undervisning, som gis i fødselsregulering af læreren i gynækologi. I retsmedicin faar man nærmest en opremsning af perversionerne. Naar hertil kommer venerologien og den nødtørftige behandling af sexualorganernes kirurgiske og indremedicinske lidelser er vist alt nævnt, hvad universitetsstudiet byder inderfor vort omraade. Det øvrige overlader man til studenterne selv. I psykiatri gis der vist endnu ikke noen undervisning hverken om neuroser eller om sexualliv (sml. fodnoten.).

Men ikke alene i undervisningen har forholdene ligget saadan. Tilsvarende har det været i praxis: bortset fra det lidet, de faa praktiserende læger, der mer eller mindre har taet opgaven op, har kunnet gøre, har omraadet nærmest været en tumleplads for gynækologer og venerologer; desuden har en del kvindelige læger følt en særlig mission her. Nervelægerne har selvfølgelig heller ikke helt kunnet undgaa at beskæftige sig med herhenhørende problemer. I *alle* tilfælde, selv de bedste, har arbejdet været præget af, at

* Efter at dette er skrevet er prof. Helweg i København begyndt at holde forelæsninger i «medicinsk psykologi». Jeg kender intet til disse forelæsningers indhold eller værdi i den omtalte henseende.

det ikke ledes af virkelige fagmænd. Alligevel er der gjort et absolut paaskønnelsesværdigt og stort arbejde, man kan fx. tænke paa gynækologen prof. Kehrer, der i et arbejde har været inde paa kønslivets betydning for alle de almindeligste kvindesygdomme — bortset fra betændelserne og de ondartede svulster — og paa alle de modige forkæmpere for udbredelsen af præventive midler. Men i næsten alle tilfælde har det ikke kunnet undgaas, at arbejdet præges af vedkommendes autodidaktiske viden og af hans moralske indstilling, der næsten altid har været fjendtlig eller i bedste tilfælde blot tolererende overfor sexuallivet.

For å klargøre, hvor meget der her er at rydde op i, skal jeg lige nævne en række eksempler:

På fødselsstiftelsen i København (og vel alle tilsvarende institioner i Skandinavien) passerer daglig en række kvinder, der ufrivillig er blevet svangre, forbi lægerne uden at høre noet om, hvorledes de kan beskytte sig mod yderligere uheld. — — En patient var af en gynækolog blevet fraraadet brugen af pessar: hun opsøgte sexualraadgiveren *gravid* og i sjælden grad neurastenisk; hun var et af de mennesker, jeg har set, der har lidt mest under sin hvileløse uro, — manden skulde angivelig ha det lisaadan, hvad der ikke syntes mærkeligt efter nogle aars coitus *interfemoralis ! !* — — En lang række gravide patienter hade af deres læger (ofte gynækologer) faaet at vide, at deres kønsorganer var saaledes bygget, at de ikke kunde blive svangre og roligt kunde la være at bruge forebyggelse (i reglen har det drejet sig om let infantile genitalier eller om retroflexion af livmoderen). — — Man træffer osse stadig tilfælde, hvor vaginisme er behandlet med udblokering af skeden. — — En rekke læger, deriblandt overlæger af forskelligt speciale, tilraader deres patienter coitus interruptus som forebyggelsesmetode (det er den usikreste og mest skadelige metode). — — Jeg har tidligere, i den omtalte artikel, indgaaende kritiseret en række svar, givet af en af Danmarks kendteste sexualraadgivere. Her skal jeg blot nævne, at denne paa en 16½-aarig ung kvindes spørgsmaal, om hun skal begynde samliv med sin kæreste, svarede: «Nej. Det er ikke den rigtige, du har fundet — — ikke andet end egoisme af ham . . .» — — Til en ung pige i onanivanskeligheder hade samme sexualraadgiver ikke andet svar end: «La være med det!» — — Et endnu grellere tilfælde er følgende: En ca. 50-aarig mand opsøgte læge paa grund af svigtende potens, som han selv tilskrev sin ungdomsonani, og fik følgende svar: «Ja, hvad skal man gøre? Naar et ur en gang har været i vandet, er det vanskeligt at faa det i orden igen.» — — Endelig, hvad perversioner angaar, har jeg bl. a. oplevet, at en exhibitionist er blevet tilraadet ægteskab som helbredelsesmiddel — — og to tilfælde,

hvor universitetslærere har behandlet homosexualitet med opiater eller andre bedøvende stoffer, i det ene tilfælde oven i købet udtrykkelig for at dræbe al libido hos patienten.

Alle disse tilfælde er nok grelle, men de er ikke nævnt her væsentlig af den grund, men først og fremmest som forklaring paa at det *maa* se så sort ud i næsten al sexualraadgivning. Disse eksempler stammer jo næsten alle fra læger eller institutioner, som burde gaa forrest i udviklingen.

Vi i dette tidsskrift mener ikke, at vi kan løse alle de problemer, der knytter sig til sexualraadgivning. Tværtimod, netop den sexualøkonomiske klinik har vist, hvor dybtliggende de egentlige aarsager til forkrøblingen af menneskets sexualliv er, nemlig at de er *forankret i hele det vegetative liv.* Men samtidig har sexualøkonomien giet os det samlede syn paa sexuallivet, der gør det muligt i langt de fleste tilfælde at gi det eller de raad, som i den enkelte situation er bedst egnet til at udvikle de muligheder, der under de forhaandenværende omstændigheder findes for at kunne hjælpe til sexuel lykke og tilfredsstillelse. Og desto mere den sexualøkonomiske klinik udvikles og opnaar at bringe klarhed over sexualforstyrrelsernes væsen, desto bedre grundlag formaar den osse at gi sexualraadgiveren i hans arbejde.

Tage Philipson.

I forbindelse med de teoretiske og kliniske artikler om seksualrådgivning vil vi besvare forespørsler fra leserne angående seksualproblemer av enhver art, enten de gjelder barn elle voksne.

Forespørslene bes sendt til *dr. Nic. Waal, Gaustad asyl, V. Aker,* for Danmarks vedkommende til *læge Tage Philipson, Ryparken 108, København.*

De blir besvart direkte i den rekkefølge de fremkommer.

Enkelte spørsmål, som måtte finnes å være av prinsipiell betydning, vil bli bredere behandlet under rubrikken «Spørsmål og svar» som kommer fra og med neste nummer, efter «Referater og anmeldelser». På samme måte vil spørsmål om oppdragelse bli besvart ved innsendelse til de samme 2 leger; disse siste spørsmål må inneholde så fyldige opplysninger som mulig.

Spørgerens navn blir selvsagt ikke offentliggjort.

Kort meddelelse fra raadgivningspraxis.

AF

TAGE PHILIPSON

Patienten er en typisk ca. 30-aarig arbejderske fra en forstad til København. Hun ser ret sund og trivelig ud, ret rund i formerne, ungdommelige træk, med en paafaldende graahvid unuanceret ansigtsfarve og lidt tilbøjelig til pletrødme nedad paa halsen (hvor der ses et ar efter en tidligere strumaoperation). Hun er lidt genert, dog samtidig nærmest lidt frimodig af væsen.

Grunden til, at jeg særlig har lyst til at offentliggjøre hendes tilfælde er, at det typisk viser, hvorledes den sexualøkonomisk-vegetoterapeutiske tankegang viser lige ind til forstaaelse af hendes tilstand, medens psykiaterne og en «vild» psykoanalytiker har maattet gribe lige meget ved siden af det centrale i sygdomsbilledet.

Hun kom til mig med en svær tvangssyddom, der bl. a. hade gjort hende fuldstændig erhvervsløs, idet hun, tidligere en veltjenende fabriksarbejderske, de sidste aar ikke hade kunnet overvinde sig til at gaa paa arbejde — eller overhovedet nogle steder hen uden ledsagelse — ligegyldigt af hvem. Tvangstankerne og -tendenserne var alle de almindelige: angst for at gøre sig selv eller sine nærmeste skade (derfor angst for at faa børn) — godhedstvang, venlighedstvang, angst for gader og pladser og en mængde andre, deriblandt en mængde erotiske forestillinger med alle mulige mænd. Tilstanden hade varet nogle aar, og ved udspørgen fik man let at vide, at den var opstaaet i tilslutning til lystfyldte sexuelle oplevelser.

Hun hade nemlig kort efter sit giftermaal virkelig opnaaet meget stærke seksuelle følelser med sin mand og i den samlejestilling, der pirrede hende mest, og hade selv mærket, hvorledes der, samtidig med den tiltagende sexuelle ophidselse kom meget stærke kramper i hovedet og især i halsen, hvor de var saa stærke, at hun selv syntes, hun var ved at kvæles.

Efterhaanden aftog saa lystfølelserne ved samlejet i styrke, saaledes at de nu knapt var tilstede, og samtidig hermed fremkom hendes angst- og spændingstilstande og hele tvangssygdommen.

Dette anamnestiske billede svarede fuldstendigt til det billede, jeg fik, ved at lade hende lægge sig et øjeblik på min divan og be

hende trække vejret stærkt og især aande stærkt ud. Det viste sig nemlig da, at hun var i stand til en ret dyb og levende aanding, men samtidig tydelig krampede i halsen og blev bleg og spændt i hele hovedet, — især i nakken og panden og paa halsen og lidt ned over brystet. Paa disse steder fremkom der ogsaa en stærk pletrødme.

Hun angir da osse selv at være klar over, at hun trak vejret mindre, efter at hendes sygdom var begyndt.

Det ser ud som om hun vil kunne hjælpes meget selv ved en kortvarig vegetoterapeutisk behandling, og man tilraadede hende derfor eventuelt at prøve en saadan, naar dette tidsmæssigt og økonomisk var muligt.

Fra et seksualøkonomisk standpunkt er det klart, hvorledes hendes sygdom i de groveste hovedtræk har udviklet sig, nemlig saadan: Hendes tiltagende lystfølelse er af hendes jeg (paa grund af dettes udvikling i barndommen) blevet opfattet som en fare, som det har værget sig imod ved de omtalte spændinger, der atter er skyld i, at hendes seksuelle og aggressive tendenser kun kan bryde igennem i den tvangsmæssige form. Særlig betydning har spændingerne i øjne, pande og hals.

For vort synspunkt er det nu interessant at se, hvordan andre terapeuter har betragtet dette sygdomsbillede — efter patientens sigende, som jeg i dette tilfælde ikke har ønsket at kontrollere ved henvendelse til de paagældende, da jeg synes, at hendes umiddelbare opfattelse er den mest talende (selv om vedkommende terapeut evt. ikke nøje skulle have den indstilling, som svarer til patientens opfattelse, og da det jo ikke her skal opfattes som et angreb paa nogen, men som en klarlæggelse af, hvordan de forskjellige terapeutiske teorier *maa* præge behandlingen af en saadan patient).

Paa den psykiatriske universitetsklinik fortalte man hende, at aarsagerne til hendes lidelse var seksuelle, og man tydede ogsaa nole af hendes tvangsforestillinger svarende hertil, — fra vores standpunkt indholdsmæssigt korrekt, men, som det ogsaa viste sig, ganske uden effekt.

Den «vilde» analytiker fortsatte endnu mere intensivt i dette spor med en lang række formelt rigtige psykoanalytiske forklaringer.

En anden nervelæge forhørte sig om hendes seksualliv, og da hun, af angst for at røbe for ham, hvordan det virkeligt var gaaet, fortalte ham, at hun hade orgasme «erklærede» han at hendes sygdom intet havde med seksuallivet at gøre, men *udelukkende* skyldtes hendes forkerte opdragelse!

Han hittede da osse ud af, hvad der fuldt ud passede, at hun hade haft en meget svær barndom.

Hun hade haft stedmor og lidt meget derunder, i skolen var hun

sat i hjælpeklasse, og hun hade siden den tid altid følt sig skamfuld overfor mere belæste.

Ligeledes hade hun altid haft stærk tilbøjelighed til rødme og hade altid skammet sig meget og været ked af sine stærke seksuelle tilbøjeligheder, som hun selv opfattede som svinske og mente vilde nedkalde alverdens straf over hende.

Alt dette blev hende klart under denne behandling, men stadig uden at forandre hendes tilstand. De tre terapeuter, i hvis behandling hun har været, har altsaa troet, at aarsagen til hendes lidelse har ligget 1) enten i hendes aktuelle sexualliv (R. H.), 2) eller i hendes barndoms sexuelle oplevelser (den vilde analytiker), 3) eller i barndomsundertrykkelsen i det hele (nervelægen) — men ingen af dem har haft forstaaelsen af, hvorledes disse faktorer hang sammen, at undertrykkelsen og specielt den sexuelle undertrykkelse i barndommen har skabt den basis, der gjorde, at hun kun med stort besvær naaede frem til en sexuel lystoplevelse, og da hun endelig gjorde det, reagerede med en angstkrampe i hoved, hals og bryst, og at hendes sygdom først udviklede sig paa basis af den herved fremkomne vegetative tilstand.

Forhaabentlig vil det heraf fremgaa, hvorledes forskellige andre terapeuter hver kender et større eller mindre stykke af sandheden i et saadant sygdomsbilledes opstaaen, men først den sexualøkonomiske opfattelse giver et sammenfattende billede af det hele.

Tage Philipson.

Sjokkbehandlingen som individuell oplevelse.

AV
NIC WAAL

I de fleste lægetidsskrifter, alminnelige som psykiatriske, pågår for tiden en livlig diskusjon om sjokkbehandlingen, dens resultater, dens anvendelsesområde og dens farer. I Tidsskrift for den norske lægeforening har vi t. eks. en slik diskusjon mellom Gabriel Langfeldt på den ene siden, Nissen og andre på den andre siden. To syn står mot hinannen. Den ene part mener at sjokkbehandlingen, spesielt cardiasolsjokket, helbreder enkelte typer av schizofreni i minst 30—40 %, hvor sykdommen ikke har vart for lenge, 60—70 % i depressive tilstander. Det annet syn, representert ved Langfeldt og mange andre hevder at helbredelsen skjer i virkeligheten bare hos de mer uklare tilfeller og hvor pasientene ville fått sin remisjon, d. v. s. ville blitt bra av seg sjøl allikevel senere. De innrømmer at sjokkbehandlingen kan gi en akutt bedring; men Langfeldt hevder at denne kunstige bedringsprosess kanskje slett ikke er av det gode. Av litteraturen å dømme kan man mot dette syn innvende at «helbredelsen» inntreffer hos mange pasienter som ikke har vist noen tegn til remisjon fra de ble syke til sjokkbehandlingen begynte. Det gjelder spesielt de depressive tilstander. Dette har jeg sjøl hatt anledning til å se i praksis. Det er imidlertid gått så kort tid, og det statistiske materiale er ennu så ubearbeidet at man ikke har noe eksakt sammenligningsmateriale mellom de sjokkbehandlede og ikke sjokk-behandlede pasienten. Jeg vil derfor ikke innlate meg på en slik drøftelse.

Det forbausende ved diskusjonen er at man meget sjelden ser diskutert *hva* det er i sjokkbehandlingen som «helbreder», eller for å tale med den ene leir, bevirker en akutt men temporær bedring.

Både Meduna og en rekke andre har skildret anfallet ganske nøyaktig. Det har vært antydet at angrepspunktet er mellomhjernen, Thalamo-muskulære og andre subcortikale centrer. Atter andre snakker populært om at det er rystelsen, sjokk som sjelelig opplevelse som virker på pasienten og at man like godt kunne bruke på andre sjokkartede opplevelser, jfr. sulfosinbehandling, kulsyresjokk etc. De tenker på «terapia violenta». Noen prinsipielt syn på hvad som foregår finner man merkelig nok sjelden.

Som nevnt skildrer Meduna sjølve anfallet ganske detaljert. Det viser seg også at cardiasol-sjokket har mange fellestrekk, tross forskjelligheter, med den lite omtalte benzidinbehandlingen. For å ta enkelte hovedpunkter: Noen minutter etter at cardiasolen er injisert i venen blir pasienten rød i ansiktet, begynner å kremte og hoste, dvs. blir tørr i halsen, ser forvirret ut, utstøter i alminnelighet et mer eller mindre angstbetont skrik, får så kloniske kramper (rykninger) med bevisstløshet, hvorpå følger uttalt cyanose (blåhet); deretter går krampene over til å bli toniske (stivkrampe), der inntreffer puls- og respirasjonsopphør, ofte urin og flatusavgang, og etter et halvt à ett minutts forløp, krampene blir kloniske og respirasjonen vender tilbake igjen. Bevisstheten vender tilbake. Respirasjonen er typisk dyp, snorkende total ekspirasjon (utånding), ofte fulgt av søvn. Farven blir naturlig. Pulsen, som like etter anfallet var hurtig, vender langsomt tilbake til normalen og hele muskulaturen — bortsett fra enkelte lokale partier — blir atonisk (slap). Like etter anfallet husker pasienten ingenting, virker lett beruset og blid. Seksuelle handlinger, onanitilløp, kjærlig opptreden er hyppige. Jeg nevner noen uttalelser fra forskjellige pasienter: Foran hvert sjokk intrer roper fru N. N. til den behandlende: «Kom med pikken din, vil du ha mig nå da. Du skal få meg, men jeg vil ikke dø for det.» Før bevisstløsheten inntrer: «Du, det klør sån i fitten min.» Frk. K. vil hver eneste gang blotte genitalia og snakker forvirret om Halvorsen som skal komme og ta henne. Frk. R. sier: «Fjern alle disse jentene. Du skal få lov å bli her og ta meg, men vi må snakke alene sammen.» Frk. S.: «Gid, så rå jeg er, er jeg så råtten.» Flere oppfatter sprøyten som symbolsk for inntrengen. Frk. S. skrev et langt brev om «smusspsykiatrien» som vi drev med henne slik at sansene blev vekket. Fru P. hvis korrespondanse med mannen vi kjente fra før, tigget og bad ham å ta seg hjem, fordi vi her beskyldte henne for å drive hor. Dette brev var også fullt av folkelige uttrykk. Det er å bemerke at en enkelt av disse pasientene stadig hadde fabulert om seksualhandlinger også før sjokkbehandlingen. Men ingen andre former for sprøyte provoserte noen akutt symbolisering og seksualfantasiene øket utvilsomt i voldsomhet. For de andres vedkommende var dette helt nye fenomen. Vi kjenner til at sprøyte settes likt med seksualakt, besvangring etc. i de ubevisste prosesser, men ingen så uttalt som sjokksprøyten. Ingen andre former for sprøyter har bevirket den uttalt kjærlige oppførsel som preger så mange av pasientene like etter sjokket. En dement og helt taus 17 års pike, roper på mamma og tar en om halsen etc. etter sjokket. Med disse eksempler er ikke ment å påstå at affektuttrykkene og energiutladningene i alle tilfeller er av lokal seksuell art, men ialfall å påpeke at affektut-

strømningen, de vegetative utladninger i alle tilfeller blir livligere. Kontaktsøkingen er alltid til stede der hvor sjokkbehandlingen i det hele tatt har effekt. Det ser ut som her kommer en sjenerell aktivering av alle primitive (ur) reaksjoner hos de pasientene som reagerer på sjokkene. Populært kunne vi uttrykke det slik at «dyret» eller «kjødet» får boltre seg uhemmet av «ånden». Dette får vi vanskelig i stand ellers. Da står hemningene, «moralen», i veien.

Det har også vært beskrevet pupilleforandringer, sterk utvidelse av pupillene under krampene, sterk forsnevring etter anfallet. Det viser seg i mitt materiale at pupilleforandringene, først utvidelsen, siden forsnevringen, varierer fra tilfelle til tilfelle. Enten er det utvidelse fra utgangsstillingen og ingen forsnevring etter anfallet, eller liten eller ingen utvidelse, men uttalt forsnevring. I andre tilfelle er begge reaksjoner til stede. Dette gjelder de fleste tilfelle. Det ser ut til av det materiale jeg har referert til, som om de beste resultater hadde de mest uttalte svingninger i pupillereaksjon.

Materialet bestod av 35 kvinner.

Av de 35 kvinner tar jeg med i materialet 32, da de resterende 3 ikke er observert tilstrekkelig lenge av mig.

I. *Av disse 32 blev 10 patienter så bedret at de er eller vil bli utskrevet av asylet i den nærmeste fremtid. Av disse 10 viser 9 utvidelse av pupillen under krampene sett i forhold til utgangsstillingen og forsnevring av pupillene efter avslappingen. 1 viste utvidelse av pupillen under anfall, men liten forsnevring efterpå. Dette tilfellet hører til de minst bedrete i denne klassen. Ingen av de 10 viser noen tydelig karakterforandring.*

II. *13 patienter viser uttalt bedring eller klar anstaltsforbedring, men har fremdeles tegn på sin sinnssykdom. De beste i denne klassen nærmer sig klasse I, de dårligte resultater nærmer sig klasse III, de resultatløse.*

Disse 13 viser variable forhold når det gjelder pupillereaksjon. Det vanligste er utvidelse av pupillene under krampene, (øket sympatikotoni) men liten eller ingen forsnevring efter anfallet under avslappelsen, eller utvidelse fort efter forsnevringen.

III. *7 visr ingen eller praktisk talt ingen bedring. Disse har sterkt varierende pupillereaksjon, utvidelse av pupillen, men ingen forsnevring eller sterkt labile pupiller.*

IV. *2 patienter står i særstilling. De blev betydelig bedre efter en kur, men fikk totalt tilbakefall da de kom på den åpne avdeling. Annen kur virket noe, men ikke slik at de opnådde første kurs gode resultat.*

Disse to hadde under første kur utvidelse avpupillen under anfallene, forsnevring efter. Under annen kur — ingen utvidelse, liten forsnevring, eller omvendt, noen utvidelse, ingen forsnevring, eller til og med ingen reaksjon under anfallet, men utvidelse i avslappelsesfasen, altså helt paradoksalt. Forøvrig henvises til protokollen i slutten av denne artikkel.

Det ville være interessant om det skulle vise seg at de resistente tilfellene (der hvor sjokkbehandlingen altså ikke hjelper) viste ingen eller små vegetative forandringer under sjokket. Materialet er enda

for lite til at man med vitenskapelig rett kan fastslå at det er så. Men det ville i tilfelle gi forklaring på at de langvarige tilfellene viser seg mest gjenstridige, dvs. hvor organismen har fiksert seg lenge nok i den syke funksjonsmåten.

Denne synsmåten, at det vegetative omslag er vesentlig for det gode resultat ved sjokkbehandlingen, fordrer en grundigere undersøkelse av pasientenes organiske tilstand før sjokkbehandlingen ble begyndt og lenge etter at behandlingen sluttes. Det fordrer også flere vegetative prøver eller undersøkelser enn jeg har hatt anledning til å gjennomføre. Jeg mener allikevel at de vegetative reaksjoner er så tydelige at det er forsvarlig å komme fram med synspunktet alt nå.

Andre har også omtalt den angsten som pasienten får for behandlingen etterat de har gjennomgått ett sjokk. Men noen beskrivelse eller forklaring på angsten foreligger ikke. Etter de praktiske erfaringer vi har hatt er denne angst imidlertid på langt nær sannferdig skildret. Spesielt når det gjelder de kvinnelige pasienter, men i mindre grad hos de mannlige, er angsten så stor etter et par behandlinger som om pasienten skulle utsettes for drukning eller annen plutselig død. (Det minner helt om den preorgastiske angst i vegetoterapien.) Pasienten sier også direkte at det ikke bare *føles* som å dø, men de er overbevist hver gang at de *må* dø. Dette er vel i virkeligheten angsten for at hemningene skal dø, eller at man skal bli «borte», viljeløs. Orgasmeangsten i vegetoterapien har i hvert fall en slik sammenheng, men pasienten uttrykker det også da som redsel for å dø. Denne angst er langt større enn «berettiget» på grunn av den reelle fare som foreligger i form av forskjellige komplikasjoner, brudd i ryggraden eller andre steder, samt andre sjeldnere farer. Når et slikt uhell oppstår, ryktes det selvfølgelig i avdelingene, men det kan ikke være noen tvil om, når man har snakket med pasientene og forsøkt å berolige dem, at angsten henger sammen med bestemte fysiske forhold og stikker i en subjektiv opplevelse.

For å komme dette spørsmål, den subjektive opplevelse, nærmere inn på livet, underkastet undertegnede seg en enkelt sjokkbehandling. Noen sekunder etter innsprøytningen kom en uttalt krisling i halsen som tvang til hoste, det kjentes som om prekordiet (hjerteregionen) og hele partiet omkring brystbenet snørte seg sammen, altså den typiske fysiske korrelat til angstfølelse, som en klo som grep en i halsen og over brystet. Like etter kom en bølgende grå skygge foran øynene og en lett forvirring og snurrende fornemmelse i issepartiet. Det minte både om begynnende narkose og om besvimelse, men var ubehageligere. Man blir tatt av en bølge og blir borte.

Etterat bevisstheten inntrådte igjen var det absolutt hukommelsestap. Det var umulig å bli overbevist av de andre lægers forsikring om at jeg hadde gjennomgått et sjokk. Vantroen var så sterk at jeg insisterte på å fortsette arbeidet i avdelingen og trodde det hele var en spøk. Etter beskrivelsen oppførte jeg meg omtrent slik som en beruset, lett manisk person ville oppføre seg. Kroppen føltes lett, nesten som å gå på tå. Det eneste som etter hvert tvang til å innta sengeleie var matthet i knærne, og tiltagende kvalme. Som tilfellet kan være med berusede personer, stod omverdenen i et rosenrødt skjær og jeg følte meg sterkt kjærlig innstillet til mine medmennesker. Utover dagen inntrådte en ekstrem hodepine og litt etter litt kom hukommelsen tilbake. Det forelå en uttalt retrograd amnesi, det vil si at det senest opplevde kom senest tilbake. Det tok et helt døgn, før tiden like før sjokket og sjokklatenstiden kunne erindres. Lemsterheten varte en uke og hukommelsen for alle daglige gjøremål var nedsatt i lengre tid. (Nettopp glemsomheten og forvirringen er noe som er typisk under sjokkbehandlingen.) I motsetning til pasientene, følte jeg ingen angst i det øyeblikk bevisstheten gikk tapt og viste ikke noen åpenbare tegn herpå. Men hertil er å si at de fysiske opplevelser som er skildret av de fleste mennesker oppleves som angst. Det stiller seg imidlertid anderledes når en for det første vet den rasjonelle forklaring på fenomenene; men fremforalt forekommer disse fysiske symptomer i en vegetoterapi og da sterkt forbundet med angst, og da jeg har gjennemgått en slik behandling er angsten avreagert dengang da disse fornemmelsene oppstod; de var altså kjent fra før. Denne sterke angst oppstår i vegetoterapien med alle pasienter like før avslutningen av behandlingen, og er knyttet til liknende fysiske opplevelser. Det er det som av Reich er kalt preorgastisk angst.

Når disse fenomenene er blitt skildret så nøyaktig har det nettopp den hensikt å påpeke det interessante forhold at en hel del av dem i mindre akutt målestokk finnes i forløpet av en vegetoterapi. Mens omslaget fra kunstig øket sympatikoton til mer overveiende vagoton avslapping i sjokkbehandlingen foregår akutt i det enkelte sjokk og gjentas for hver gang, men opphører mellom sjokkene, foregår denne forandring i vegetoterapien kronisk ja nesten umerkelig. De nevrotikerne vi har i behandling har jo nemlig en fiksert disharmonisk vegetativ tilstand som svært ofte består i en overvekt av sympatikusreaksjoner. Men de kan også ha lokale vagotonier eller sympatikotonier, hvor funksjonsforstyrrelsen består i at det elastiske samspill er opphørt. Den uttalte respirasjon eller særlig ekspirasjon (utåndning) foregår i sjokket akutt og ekstremt, men varer ikke. I vegetoterapien tilstreber man bevisst en slik evne til

utåndning. Dvs. at respirasjonen foregår samtidig costalt (med lungetoppene) og med difragma (mellomgulvet), mens det vanlige er at en av delene ikke brukes fullt ut. For en som er interessert i vegetoterapi blir altså sjokkbehandlingen nesten et slags bevis på vegetoterapiens prinsipielle verdi.

Noe ganske annet er det å ta standpunkt til sjokkbehandlingen som behandling av sinnsyke. Det ligger da nær også å påvise forskjellighetene fra vegetoterapien. På forhånd er det jo klart at det er ganske andre tilfelle man anvender sjokkbehandling på. Sammenligningen halter derfor litt. Sjokkbehandlingen er vesentlig instituert for sinnsyke eller grensetilfeller. Vegetoterapien er i vesentlig grad rettet mot nevroser, og kan ikke anvendes hvor bevisstheten ikke kan tas til hjelp under behandlingen. Men allikevel vil en sammenligning når det gjelder forskjelligheter gi en del av forklaringen på at sjokkbehandlingen alene efter min opfatning ikke kan helbrede (i vår mening med full helbredelse). Det vesentligste er at sjokkbehandlingen foregår uavhengig av patientens bevissthet, det vil altså si at alle de bevisste og ubevisste sykdomsreaksjoner som er knyttet til eller fulgt av konflikter i pasientens liv og i hans sosiale miljø, overhodet ikke blir tatt opp til behandling i tilknyting til sjokket.

Seksualøkonomisk sett frigjøres energier til dels uten å få avløp. Hvad mener jeg med dette? Jeg har nevnt f. eks. de seksuelle reaksjoner i tilknyting til sjokkbehandlingen. Her er det selvfølgelig enklest å forstå at de er uttrykk for et frigjort seksualbehov, og det sier seg sjøl at dette ikke blir tilfredsstillet på noen adekvat måte innenfor et asyl. Til dels kan de ikke bli tilfredsstillet, menn og kvinner adskilt, ektefellen utenfor asylet etc. Men til dels støter de enklere former for partiell seksualtilfredsstillelse eller rettere surrogater for tilfredsstillelse som onani etc. på den herskende oppfatning at slike handlinger er forkastelige. Man kan bare ha sett den forferdelse i uttrykket hos pleiepersonalet under pasientenes seksualuttrykk i tilknyting til sjokket. Man må jo også huske på at pleiepersonalet i stor utstrekning tilhører religiøse organisasjoner med deres syn på seksuallivet. Blottelser av genitalia, onanitilløp etc. blir selvfølgelig stoppet med en gang. Det ville selv uten fordom være vanskelig på saler med flere pasienter å gi dem fritt løp. Andre energiformer, sinne, uro, angst, er jo også under trykket av asylordningen ting som man prøver å stoppe. Ja, på grunn av den administrative ordning av pasientene er man nesten tvunget til å ta avstand fra aggresjonsutladninger eller andre handlinger som innfletter andre pasienter i tilstanden. Det sosiale liv på anstalten selv medfører nesten uten at man merker det, et «moralsk» syn på pasientens oppførsel. Før man har tenkt over det sier man «hun er slem»,

«hun er snild», og kommer da vekk fra et naturvitenskapelig syn på pasientens struktur. Det er en vanskelighet som også er uhyre vrien å løse, men vi burde tvinges til en omvurdering. For befrir man affekten ved en behandling, er det i seg sjøl inkonsekvent straks å stoppe den. Det skulle ligge nær å tro at sjokkbehandlingen fordrer en langt større mulighet for individuell behandling enn asylet kan gi idag.

Det samme gjelder arbeidsterapien. Når pasientene likesom våkner til liv og viser interesse for å utrette noe, er de arbeidsmuligheter man kan by dem, uhyre begrenset. Først og fremst er det jo vesentlig manuelt arbeid, strikking, veving, som utearbeid, men det befrir ikke på den måten at det svarer til pasientens lyst, man mangler de fleste varierte former for mosjon, man mangler kunstnerisk virksomhet (modelering, maling). På dette felt er det så enorme ting som kunne gjøres, men det strander først og fremst på økonomi og manglende hjelp, men også noe på synet på arbeidet. Det at pasienten arbeider er i seg sjøl en moralsk vinning og man tenker mindre på at arbeidet skulle være lystbetont. Ikke så å forstå at en ikke mener at arbeidet er til for pasientens skyld, men p. g. a. disiplinen og eksemplet glir man også her umerkelig over i en moralsk vurdering. Det er meget vanskelig å gjennomføre individualisering. Pasientens barnslige struktur, sjalusi og misunnelse, gjør også dette vanskelig å løse praktik.

Det er vel så at mange som driver sjokkbehandling har øyet oppe for at man straks må utnytte bedringen hos en pasient, flytte pasienten til åpnere avdelinger, og sette ham i arbeid. Men bundet av forholdene kan det som nevnt ikke foregå i tilstrekkelig grad. Alt i alt må man derfor si at de energier som frigjøres, de behov som oppstår under bedringen, ikke tilfredsstilles. Og jeg gjentar at dette er mer avhengig av asylenes indre liv og økonomi enn av den enkelte sjefs syn på tingene.

Skjønt det hersker noen uenighet om det, synes de fleste å være enige om at affektive og kortvarige sykdomstilstander blir mest påvirket av sjokkbehandlingen. (Karakterforarbeidelsen som bremse av biologiske reaksjoner blir urørt.) De katatone, de dement paranoide, hebefrene, minst. Det er vel grunnen til at de manisk-depressive særlig depressive viser slik stor bedringsprosent.

Mange psykiatere begynner også nå å bli oppmerksom på det minus som ligger i at pasienten ikke blir behandlet psykologisk i tilknyting til sjokkene. Flere amerikanske forskere (se Psychiatrical Quarterly) peker på at psykoterapi er nødvendig både før sjokkbehandlingen begynner, under sjokkbehandlingen og spesielt etter sjokkbehandlingen. Se f. eks. L. Laramons Bryan, som forlanger både

at psykoterapien og arbeidsterapien skal sette inn etter sjokkbehandlingen. Det samme hevder Hahnemann (Ukeskrift for Læger, Danmark) og Hans Roemer i Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie und ihre Grenzgebiete. Noen eksakt redegjørelse for *hva slags* psykoterapi foreligger imidlertid ikke, og stort sett er dette synspunkt merkelig oversett.

Som vegetoterapeut kunne man si at sjokkbehandlingen er en mekanisk gymnastikk av det vegetative nervesystem og de autonome funksjoner og derfor befrir vegetative energier. Der hvor det lykkes, er bedringen påtagelig. Men da behandlingen er rent mekanisk, ikke omfatter hele personligheten, og stopper på halvveien, vil den aldri kunne forandre personligheten helt. Dette er tydelig hos de pasienter som jeg har sett utskrevet etter sjokkbehandling som helbredet. Fru N., 52 år, hadde i sitt voksne liv alltid vært en engstelig og pedantisk person, grundig og nærtagende, men flink. Ble så tiltagende depressiv for to år siden, suicidal og helt apatisk. Innlagt for 1½ år siden. Sjokkbehandlet for 3 mndr. siden. Hadde innenfor anstalten ikke vist noen tegn til bedring. Var helt isolert, helt taus og i dyp depresjon. Etter syvende sjokk noen oplivning, mannen merket forskjell. Etter 15 anfall uttalt forandring, begynner å snakke, blir livligere, noe naturligere, begynner å arbeide. Får så utgang. Sykdomsinnsikten, som overhodet ikke var til stede, våkner. Hun blir utskrevet som helbredet og har siden holdt seg frisk, og omgivelsene regner henne som frisk. Ved utskrivingen hadde hun bibeholdt en litt omstendelig, svært «lærerinneaktig» oppførsel, meget «dannet», litt stiv i bevegelsene, men betydelig mindre stiv enn før sjokkbehandlingen. Pupilleforandringen fra utvidet til forsnevret var tydelig under hvert sjokk. Det var også en blivende pupilleforandring, idet pupillene etter behandlingen under vanlige lysforhold var mindre i diameter enn da sjokkbehandlingen begynte. En vegetoterapeut ville si at pasienten var blitt en sosialt adekvat men nevrotisk personlighet, noe unaturlig, formell og pedantisk. Familien var imidlertid så lykkelig over hennes «helbredelse», at den sannsynligvis helt ville innstille seg på denne personlighet. Det var også relativt god økonomi.

Jeg kunne ta flere slike eksempler, og det vil bli nødvendig å samle slikt materiale, men plassen tillater ikke flere her. Stort sett kan man si at pasienten er forandret fra å være sinnsyk til å bli en nevrotisk personlighet med brukbar sosial oppførsel. Hvor miljøet nå kan innstille seg på denne personlighet vil «helbredelsen» antagelig bibeholdes. Hvor dette ikke er tilfelle, vil antageligvis tilbakefallet komme. Folk i eldre alder vil støte på ferre seksuelle konflikter etc. og derfor greie seg bedre.

Innenfor anstalten er det slående at anstaltlivet umulig kan bli så elastisk at man kan utnytte fullt ut de ekspansjonsmuligheter som pasienten har fått av sjokkbehandlingen. Det er både et økonomisk spørsmål og et administrativt, selv hvor sjefen er oppmerksom på saken som på Gaustad asyl. Men det kan sikkert gjøres langt mer i denne henseende enn hittil hvis synspunktet slår igjennom. Det er også derfor meget i det syn som doktor Østrem hevdet i en diskusjon på psykiatrisk klinik at flest mulig pasienter burde sjokkbehandles før innleggelsen i asyl.

Som vegetoterapeut kunne man tenke seg at sjokkbehandlingen kunne gjøre en del tilfelle tilgjengelig for vegetoterapien som man ellers ikke kunne ta i behandling på grunn av deres avsperring. Sosialt vurdert må man ha lov til å si at sjokkbehandlingen for tiden er en behandling som innenfor anstalten gir løfter selv om bedringen skulle bli av kortere varighet. Sjokkbehandlingen forærer pasienten og de pårørende forhåpning og noen livsmulighet. Å bringe pasienten ut av anstaltlivet må en i alle tilfelle (både økonomisk og subjektivt for pasienten) innrømme er en stor forbedring. Dette sagt på tross av at statistikk og efterundersøkelse videnskapelig sett ennå ikke er tilfredsstillende.

Noen avgjørende betydning vil sjokkbehandlingen imidlertid først få hvis den følges av en erkjennelse av angrepspunktet for sjokkbehandlingen og for den nødvendig etterbehandling. Såvidt jeg kan skjønne må den få ekstreme konstitusjonstilhengere innenfor psykiatriken til å stusse. Det skulle synes lite sannsynlig at en slik medikamentell behandling skulle kunne forandre en tilstand som bare var endogen. Det ligger iallfall nær å reise spørsmålet om hvorfor denne vegetative avdøen finner sted, og hvorfor den oppheves av vegetative midler. Man må spørre om man ikke profylaktisk kan hindre meget ved en oppdragelse som gir avløp for de biologiske funksjoner i langt større grad enn nå er tilfelle. Det vil vise en radikal endring i vurderingen av de menneskelige egenskaper. Materialet er ennå for lite til at vi kan trekke avgjørende konklusjoner. Men nettopp i sammenheng med vegetoterapien må man sosialprofylaktisk kreve en omvurdering og en naturligere livsform for den oppvoksende slekt. Iallfall burde forløpet av sjokkbehandlingen hos pasientene tvinge noen hver til å se i øinene at man i og utenfor anstaltene må gi de befridde (vegetative) energier livsmulighet. Det er mulig at noen tilfelle som nå er negative da kunne bli positive. Dette er ikke tilfelle nå, og sjokkbehandlingen står derfor i fare for å få den samme skjebne som så mange andre oppdukkende behandlingsmåter, som lover meget, men ikke holder nok og derfor

til slutt forsvinner, fordi man ikke tar de konsekvenser som den vegetative forandring hos patienten krever.

Gruppe I.

Protokollen ser slik ut:

1. G. O. 65 år gm.: M e l a n k o l i. 20 anfall. Uttalt bedring, har vært hjemme på besøk, alt går bra, kan utskrives når som helst, karakter fremdeles forsiktig, tilbakeholden, litt engstelig. Pupillereaksjon: Utgangsstilling, middels store pupiller. I anfallet: utvidete, efter anfallet sterkt forsnevrete pupiller. Pulsrytme øket ved første avlesn. Rolig vanlig puls ved annen avlesn. Onanibevegelser før bevisstheten kommer tilbake.

2. A. D. 20 år. S c h i z o f r e n i bedret. 15 anfall, karakter uforandret, barnslig, litt tøvet, men snild og åpen og villig. Pupille: Før anfallet store pupiller, under anfallet uttalt utvidet, efter anfallet forsnevret. Pupillestatus efter behandlingen: middels små.

3. M. M. 65 år. M e l a n k o l i. 11 anfall, uttalt bedring, sterkt utvid. pup. under krampene, forsnevret efter anfallene, bli, munter, ferm. Karakter uforandret, litt stiv og innesluttet.

4. H. G. 60 år. M e l a n k o l i: myopati. 16 anfall, uttalt bedring, utskrevet helbredet, forynget. Pupillene før anfallene: middels store, sterk utvidelse under krampene, sterk forsnevring i avslappelsen, blivende status ved avreisen: middels små. Myopati ophevet med normalt E K G, karakter nærmest uforandret, litt høitidelig formell, lærerinneaktig.

5. H. I. 70 år. M e l a n k o l i. Bedret. 12 anfall. Pup. før middels, under anfall sterkt utvid., efter forsnevret, forynget. Karakter: noe engstelig beskjeden.

6. J. J. 20 år. S c h i z o f r e n i. 11 anfall, bedret betydelig, ut i post. Før anfallet store pupiller, noe utvidet under krampene, sterkt forsnevret efter krampene, kjærlig. Karakter: fremdeles jålet, litt pyntesyk, men snild og klar.

7. H. J. 60 år. M e l a n k o l i. 12 anfall. Utskrevet helbredet, 5 kg vektøkning. Før anfallet store pup., øket pulsrytme. Under krampene noe utvidet, efter anfallet sterk forsnevring, puls rolig, normal. Karakter ved utskrivningen: litt affektert, bli, litt engstelig.

8. T. A. 60 år. M e l a n k o l i. (involusjons?) 7 anfall, bedret. Før anfallet mid. små pup., under anfallet sterk utvidelse, efter anfallet forsnevret til utgangsstilling. Sjokkbehandling avsluttet p. gr. av Korsakoff-symptomer. Disse har siden gitt sig.

9. J. A. 60 år. S v æ r m e l a n k o l i, helvedesfrykt. 11 anfall, uttalt bedring med foryngelse. Før anfallet labile pupiller, store eller midd. store. Under krampene sterk utvidelse, efter, noen forsnevring. Karakter: noe sløv, litt krampaktig, bli.

10. H. Th. 35 år. S c h i z o f r e n i, bedret. 11 anfall. Ved de første, ingen utvidelse av pup. under krampene. Senere under kampene noe utvidet, efter krampene noe forsnevret. Karakter: litt maset, innbilsk, sterkt erotisk krav, litt forvirret.

Gruppe II.

1. K. A. 30 år. Intermitterende behandling, får noen sprøiter med hurtig anstaltsforbedring. Faller raskt tilbake. Taler om sprøitene som himmelfart. Pupiller under krampene litt utvidet, efter anfallene litt forsnevret.

2. O. H. 30 år. Intermitterende behandling. 54 anfall ialt. Schizofreni med urotilstand. Før anfallet store pupiller, under krampene maksimal utvidelse, av og til forsnevring efter anfallet, av og til ingen forsnevring, puls sterkt varierende, snart hurtigst ved første avlesning, snart ved annen, pup. efter behandlingene så lenge bedringen varer: små. Siste kur, hittil total helbredelse. (remisjon)

4. K. A. 45 år. M a n i s k-d e p r e s s i v. 8 anfall, mani ophevet under anfallene, utvidelse av pupillene, men nesten ingen forsnevring, senere også liten utvidelse virker noe deprimert.

5. B. O. 40 år. S c h i z o f r e n i. 9 anfall, langvarig asylpatient, paranoid. Til å begynne med total bedring. I åpen avdeling noe mindre frisk, alt i alt bedret. Men forestillingslivet ikke helt normalt, under anfallene uttalt utvidelse av pupillene, efter anfallet noen ofte liten forsnevring.

6. H. F. S c h i z o f r e n i. 45 år. 10 anfall. Til å begynne med tydelig bedring, snere tilbakefall, blivende resultat tvilsomt. Sterk utvid. av pup. under anfallet, noen mere variabel forsnevring, blir utvidet efter anfallet ganske fort.

7. R. M. S c h i z o f r e n i paranoid. Første kur total bedring, 11 anfall, under anfallene utvidelse, efter anfallene forsnevring av pupillene. I åpen avdeling tilbakefall. Annen kur 10 anfall, bedring, men ikke i samme grad. Pupillestatus ikke avlest.

8. S. A. 18 år. S c h i z o f r e n i (katatonautistisk), tydelig anstaltsforbedring, blid, men fremdeles schizofren, under anfallene utvides pup., efter anfallene efterhvert, ingen forsnevring.

9. S. 65 år. M e l a n k o l i, efter 4 anfall tydelig bedring, sterkt utvidede pup., efter anfallene forsnevring. Brudd av radialis, o p h ø r a v b eh a n d l i n g, senere tilbakefall.

10. S. A. 35 år. Paranoid Schizofreni. 15 anfall, betydelig bedring, under anfallene utvidelse av pupillene, forsnevring efter. Senere tilbakefall. Annen kur oppgitt p. gr. av ryggradsbrudd, efter 2 spr.

11« K. 45 år. S c h i z o f r e n i kataton autistisk. Betydelig anstaltsforbedring. Under de første anfall ingen pupillereaksjon, og ingen bedring. Senere utvidelse av pupillene under anfallene, noen forsnevring efter.

12. A. E. 35 år. S c h i z o f r e n i. 8 år i anstalt (hysteriform), intermitterende behandling, bedring og tilbakefall. Labile pupiller, maksimalt utvidet under anfallene, men meget ofte ikke forsnevret.

13. K. K. S c h i z o f r e n i paranoid, agressiv type, betydelig bedring, noe tilbakefall, alt i alt noen anstaltforbedring. Av og til sterk utvidelse av pupillene, ingen forsnevring efter anfallene, av og til omvendt, ingen utvidelse, men noen forsnevring. (Ingen mulighet for å behandle elastisk i anstalten.)

Gruppe III. *Ingen bedring.*

1. R. H. S c h i z o f r e n i. 38 år. Til 7. sjokk bedring, senere ingen reaksjon, uttalt suksuell efter sjokkene (intet avløp) + religiøs skyldfølelse, sterkt utvidede pup. før og under anfallene, som oftest ingen særlig forsnevring.

2. J. Th. psychosis syfilogenes (malaria). 4 anfall, ingen bedring, sterk utvidelse av pupillene, ingen forsnevring efter anfallene.

3. O. T. S c h i z o f r e n i kataton autistisk, næringsvegring, til å begynne med bedring. Noen utvidelse av pupillene, ingen forsnevring.

Senere heller ikke utvidelse. Vektøkning og ophør av næringsvegringen, ellers ingen bedring.

4. V. 40, gift, Schizofrent mutistisk, til å begynne med noen utvidelse av pupillene, lite forsnevret. Senere sterkt utvidede pupiller, men ingen forsnevring, efterpå. Begynt å arbeide, ellers ingen bedring

5. L. M. Schizofreni, til å begynne med noen bedring, senere tilbakefall, først liten pup., lite utvidelse under anfallene, ingen særlig forsnevring, senere sterk utvidelse av pupillene under anfallene, men ingen forsnevring.

6. K. Schizofreni paranoid, agressiv. Noen anstaltsforbedring, senere nærmest uforandret. Noen utvidelse under anfallene og noen forsnevrig efter anfallene. Denne patient er den enste som viser en slik pupillereaksjon tross manglende effektivt resultat.

7. J. B. Melankoli. Svær kontraksjon av hals, strupehode, pipende stemme, næringsvegring. Ophør av næringsvegring ellers ingen forandring. Pupiller: lite utvidede pupiller, lite forsnevrete pupiller.

Gruppe IV.

1. O. R. Schizofreni (nevrastenisk tvangsnevrose.) 7 år i anstalt, sengeliggende. Første kur uttalt bedring, pupiller lite utvidet under anfallene, forsnevring efter. Tilbakefall. Annen kur ingen bedring, er dog oppe, noen utvidelse, ingen forsnevring, alt i alt anstaltsforbedring.

2. O. R. Schizofreni (nevrastenisk form psykopati?) 8 år i anstalt. Første kur uttalt bedring, pupiller sterkt utvidet under anfallene, men ofte ikke særlig forsnevring efter anfallene, labile pupiller, tilbakefall i åpen avdeling. Annen kur ingen særlig bedring, pupiller ikke utvidet under anfallet, men efter (paradoksalt), alt i alt anstaltforbedret.

Harald Schjelderup og "seksualismen".

AV
OLA RAKNES

I «Fritt Ord» nr. 3 for 1939 har professor Harald Schjelderup ein artikkel med titelen «Seksualismen i moderne psykologi og livsanskuelse». Etter referat i Trondheimsblada å døma har artikkelen i hovudsaka same innhaldet som eit foredrag han heldt i Studentersamfundet i Trondheim i vår. I det ordskiftet som der knytte seg til foredraget, ser det ut til at professor Schjeldrup har uttala seg noko tydelegare på sume punkt enn i det trykte stykket; m. a. slutta han med ei tydeleg åtvaring mot den nevrose-behandling som dr. Wilhelm Reich og elevane hans driv.

Artikkelen i «Fritt Ord» tek til med ei oversyn over det omskiftet i synet på seksualiteten som har gått for seg siste mannsalderen, serleg som ei fylgje av arbeidet åt Sigmund *Freud* og hans elevar og medarbeidarar og etterfylgjarar. Professor Schjelderup tek til med ei skildring av den gamle seksualmoralen, representert fyrst og fremst av apostelen Paulus og i vår tid av dei ortodokse kristne; etter denne moralen er all seksualitet, all kroppsleg livsglede eigenleg noko me skulle skjemmast av. Når seksualiteten vert told i ekteskapet, så er det eigenleg for di menneskja no eingong er så syndige at seksualiteten ikkje heilt let seg kua, så ein lyt nøya seg med å kanalisera han og halda han under streng kontroll. Ymse grunnar har gjort at dette moralsynet har gått tilbake, serleg mellom ungdomen, i siste mannsalderen; og Schjelderup trur at «enhver som ønsker fremskritt og øket livslykke må hilse med glede denne utviklingen fra driftsfiendtlighet, undertrykkelse og fortielse til mer livsbekreftelse, frihet, åpenhet.» Denne utviklinga er altså i fyrste rekkje *Freuds* verk.

Likevel ser professor Schjelderup med «dypt mismot» på utviklinga. For ut frå *Freuds* syn, at årsaka til alle nevroser er seksuelle vanskar av eitt eller anna slag, har det vakse fram ein *seksualisme* som professor Schjelderup åtvarer imot og tek avstand frå. Freud sjølv gjorde sine atterhald, serleg har han gjort det i sine seinare arbeid, men så har det frå psykoanalysen gått ut andre retningar som utan Freuds atterhald har ført den seksualistiske tendensen vidare. Ein hovudrepresentant for «denne analytisk orienterte ut-

pregede seksualisme» ser professor Schjelderup i *Wilhelm Reich*, og det er hans teoriar han seiest gå til åtak på og til åtvaring imot.

Lat meg seia det med ein gong, meg synest denne artikkelen av professor Schjelderup å vera noko med det mest ureidelege eg på lang tid har sétt i eit offentleg ordskifte. Han gjev eit heilt misvisande bilete av dei synsmåtane han seiest strida imot, og på ein slik måte at det kan vera vanskeleg å syna folk utan serleg fagkunnskap kva det misvisande stikk i. Saka er likevel så viktig at eg tykker artikkelen krev eit svar.

Formelt er artikkelen ei åtvaring mot det professor Schjelderup kallar «seksualismen», reelt er det ei åtvaring mot og eit åtak på Wilhelm Reich og oss som i nevroseterapi og kultursyn byggjer på hans *seksualøkonomi,* — eit ord som professor Schjelderup, merkeleg nok, ikkje nemner, endå det er det namnet Reich sjølv bruker på sin teori. I staden for å skriva om seksualøkonomien og freista gje eit objektivt referat av denne teorien, arbeider professor Schjelderup med det sjølvlaga omgrepet «seksualisme» og definerar det såleis at det vert lett å kritisera «seksualistane». Dette er fyrste punktet der eg tykker professor Schjelderup er ureideleg.

At hans omtale av «seksualismen» ikkje er objektiv, viser alt hans definisjon av omgrepet: «Ved seksualisme forstår jeg den ensidige overbetoning av det seksuelle både i den psykologiske teori og i livsanskuelsen». En samanlikning: Tru nokon idealist vilde vedkjenna seg dette namnet dersom idealisme vart definert som «den ensidige overbetoning av tendensen til å føre all eksistens tilbake til tanken»?

Professor Schjelderup fortel oss at han «lar her moralfilosofien ligge» (s. 136) og at han vil «forsøke å holde affektivt betingede argumenter og mulige moralske betenkeligheter borte» (s. 141). Begge gongane gjer han det etter at han nettopp har drege fram slike argument som dei han med dei siterte orda tek avstand frå. Og på meg — og på mange andre — verkar heile artikkelen som det nettopp er slike argument som har gjort at han har kome fram.

Side 135 f. gjev professor Schjelderup eit kort referat av Reichs teori om den orgastiske potens og kva den har å seia for sjelehelse og karakterlaging. Referatet ville ha vore godt og rett om ikkje eit par småting hadde gjort at det likevel gjev eit rangt bilete. Under omtalen av den orgastiske potens har Schjelderup gløymt, eller ikkje skjøna — endå han siterar det litt seinare — at for Reich er seksualenergien det same som sjølve livsenergien, «die Lebensenergie schlechthin». For Reich er livsenergien eitt, ein einskap og ein heilskap, anten han gjev seg utslag i kjensler, i tankar eller i gjerningar, og det anten desse kjenslene, tankane eller gjerningane er beinveges seksuelle eller ei. Får denne livsenergien ha sin frie og naturlege

gang, vil han gjeva seg utslag på alle område; og vert han hindra eller underkua, så vil hemningane gjera seg gjeldande på alle område. Når Reich held fast på namnet «seksualenergi» og ikkje vil bruka slike «uskyldige» eller «nøytrale» namn som «vegetativ energi» eller berre «livsenergi», so er det av di seksualfunksjonen har ein så sentral plass i sjølve livsprosessen, at kvar skipling der fører med seg seg ei skipling av sjølve livsprosessen og difor gjev seg utslag på alle livsområde. Orgastisk potens er difor ikkje berre evna til full, udelt og uhemna seksuell oppleving, men evna til samla innsetjing av den fulle livsenergien i det heile. Eit par setningar syner at professor Schjeldrup ikkje har skjøna dette. Han skriv: «Den orgastiske utløsning blir oppfattet som den centrale livsprosess. Derfor må alle andre hensyn og verdier tre tilbake i forhold til den fulle seksuelle tilfredsstillelse.» Dette er ikkje seksualøkonomisk tenkjemåte. Etter den måtte ein seia det om lag såleis: Den orgastiske utløysing er ein sentral funksjon i livsprossen, og alt det om skiplar denne sentrale funksjonen, det same kor verdfullt eller viktig det kan sjå ut, det skiplar sjølve livsprossen. (Det kunne her vera freistande å sitera bibelen: «Søk fyrst Guds rike og hans rettferd, så skal de få alt dette attpå.» No er den sjelelege røynsle som i religiøst målbruk heiter «Guds rike», ingenting anna enn ei mystifisert form av seksualoppleving — ein ting eg ikkje kan gå nærare inn på her. Så jamvel om seksualøkonomien hadde sett opp eit slikt krav som det Schjelderup refererar, så hadde det ikkje vore stort anna enn det me finn i det siterte bibelordet.)

Den setninga eg sist siterte av professor Schjelderup («Derfor må alle andre hensyn» osfr.) får det til å sjå ut som det han refererar om høvet mellom ei seksualøkonomisk livsførsle på éi side og familieliv på hi sida, er eit program eller eit krav som Reich set opp. Hjå Reich er det tydeleg ikkje noko krav, men ei konstatering av fakta, slik som han ser dei, når han skriv: «Det gamle forhold bryter redningsløst sammen når et nytt forhold lover høiere lyst. Denne kjennsgjerning står i uløselig motsetning til det nuværende samfunns hele seksualorganisasjon hvor materielle bindinger og hensyn til barna strider mot det seksualøkonomiske prinsipp.» Schjelderup nemner ikkje med eit ord om han held denne konstateringa for rett, og difor vil eg med dette spørja han om han nektar at det faktisk er slik som dei siterte setningane seier.

Eit par gonger til refererar Schjelderup utan å taka greitt standpunkt til det refererte, og i den samanheng det er gjort, kjennest det for meg ureideleg. Eg skal nemna desse tilfella.

Side 133 fortel Schjelderup om Freuds seinare syn, at han tidlegare hadde overvurdert dei seksuelle faktorane og ikkje sétt korleis

den ikkje-erotiske aggresjonen og destruksjonen er allstad-nærverande. Når Schjelderup nemner dette og korleis Freud ved sida av libido innfører dødsdrifta som ei sjelelig grunndrift, så gjer han det tydeleg til forsvar for sin eigen «revisjonisme» eller «antiseksualisme». Men han fortel ikkje at dødsdrift-teorien vart skapt til forklåring på ei terapeutisk vanmakt, som den karakteranalytiske vegetoterapien langt på veg har vunne over. Og han fortel heller ikkje om si stode til denne teorien. Eg vil difor spørja: Når Schjelderup bruker Freuds dødsdrift-teori til forsvar for sitt eige nye syn, har me då lov å slutta at han er samd i denne teorien?

Side 140 refererar Schjelderup Reichs meining at det ikkje er nok til å lækja ein nevrose at dei fortrengde ynskja vert medvitne, men seksualdrifta lyt bli direkte stetta; han tek òg med Reichs eksempel, den 17 år gamle hysteriske dottera til ein nasjonalsosialistisk rangsperson. Reich meiner at det ikkje er nok å få dei fortrengde genitale ynskja hennar fram i medvitet og å få dei løyste frå faren, dei må òg finna seg eit anna føremål, ein mann som kan stetta dei. — Ikkje på dette punktet heller kjem Schejlderup fram med si eiga meining, og difor må eg her òg spørja: Meiner Schjelderup at denne gjenta, eller ei anna gjente i ei liknande stode, kan verta frisk og verta verande frisk utan direkte seksuell tilfredsstilling? Dersom han meiner det, bør han seia det greitt og helst leggja fram dei røynsler han byggjer ei slik meining på. Meiner han det ikkje, har dette eksemplet ingen *sakleg* plass i polemikken hans.

Me kjem no til det som er Schjelderups eigne meiningar, der han skil lag med både Freud og Reich. Han «tror at teorien om nevrosenes utelukkende eller iallfall vesentlige seksuelle forårsakning ikke bare er utilstrekkelig vitenskapelig begrunnet, men . . . den er positiv gal og beror på en feiltydning av de foreliggende erfaringer og har hatt uheldige følger for utviklingen av den analytiske behandlingsmetode.» Det er dette han i resten av artikkelen prøver å visa. Men denne siste delen av artikkelen er ei slik blanding av rett og gale at eg finn det uråd å draga fram alt som kunne trenga omtale. Eg lyt nøya meg med det grøvste.

Side 142 prøver professor Schjelderup å klårgjera ved ei samanlikning dei feiltydingane han i det sistnemnde sitatet tala om: «Det er noe i veien med et lite barn. Det er ute av lage, passivt, utilpass. Nærmere undersøkelse viser at barnet, . . . så snart det får anledning til det, begynner å onanere. Det er da øiensynlig to muligheter: Enten: Barnets utilpasshet kan tenkes å skyldes onanien, altså være seksuelt forsårsaket. *Eller:* Barnet har hatt vanskeligheter av annen art f. eks. en svær trasskonflikt, og har som følge derav trukket seg tilbake i sig selv, finner ikke glede i å leke mer og *søker trøst og*

utløsning for sine tendenser i onanien. I dette tilfelle ville altså den overdrevne onani ikke være primær årsak til, men *virkning av* barnets trekken sig tilbake og utilpasshet. Det dreier sig om en såkalt trøste-onani. En annen sak er det at denne onanien så igjen kan forsterke barnets tilbaketrekning og fiksere den mer.»

Etter di artikkelen er ein polemikk mot «seksualismen», kjem det her til å sjå ut som «seksualistane», i motsetning til forfatteren, held på den fyrste av dei to forklåringane han nemner som mogelege. Professor Schjelderup skulle vita at ingen seksualøkonom har ei slik meining, medan ho derimot er svært vanleg mellom dei moralistane som han sjølv polemiserar imot fyrst i artikkelen sin — og som truleg vil taka hans konklusjonar til inntekt for seg. (Etter kladden til dette var skriven, har dette stadfest seg — moralistane har meldt seg og prøvt å inkassera Schjelderup.) Men elles er professor Schjelderups problemstilling her heilt inadekvat og vil aldri kunna føra til anten praktisk eller teoretisk løysing av vanskane åt eit barn i ein slik situasjon som den han nemner. Vil en finna ei løysing på vanskane, lyt ein fyrst spørja etter kva barnet er misnøgd med, kva for trong det ikkje får stetta, kva for ynske det har som ikkje vert tilfredsstilte. Det vil då alltid syna seg anten at barnet ikkje har fått noko det ville ha, eller det har ikkje fått gjera noko det ville, eller det har ikkje fått den hjelp eller godvilje eller påskyning det prøvde å få, og har dertil mått bita i seg sinnet eller vonbrotet sitt, utan at nokon skjøna det og hjelpte og rettleidde det. Det er då barnet kjem i ulag, vert passivt, utilpass — og tek til å onanera til trøyst, så snart det får høve til det. Barnet har vorte hindra i si naturlege livsutfalding, livsenergien har vorte oppdemd, — og det søkjer utløysing på den måten som reint kroppsleg er lettast å taka til, i onani eller kanskje andre seksuelle handlingar. Men ved den nemde hindringa i livsutfalding har barnet mist ein del av si naturlege rørsle-evne, av motorikken; og hjå barnet, som ingen full orgasme har på same måten som dei vaksne, er ein fri motorikk endå viktigare for den fulle vegetative = seksuelle utløysing enn hjå den vaksne. Fylgjeleg gjev ikkje t. d. den trøyste-onanien som barnet grip til, noko adekvat utløysing for impulsane åt barnet, og så må det stendig freista oppatt på nytt. Det er såleis det tek til å onanera så snart det berre får høve til det. Men onanien hjelper ikke stort, og endå mindre hjelper det å forby onanien, det fører berre til endå verre oppdemming. Verkeleg hjelp får ikkje barnet før nokon kan gjeva det den kjærleiken, den forståinga og den fridomen det treng, slik at det atter er i stand til både å kjenna og å fylgja sine naturlege impulsar og såleis få den utløysing det treng for sin livsenergi. Ser ein på vanskane åt eit barn på denne måten — som etter mitt skjøn er den einaste som

både vitskapleg og pedagogisk er forsvarleg —, så vil ein snart bli klår over at både trass-konflikten og andre konfliktar i grunn og botn er seksuelle, på det genitale eller på eit av dei pregenitale stega. Og då fell heile professor Schjelderups kunstige problemstilling, med sin motsetnad mellom seksuelle konfliktar og t. d. trasskonfliktar bort.

Sitt hovudpåstand formulerar Schjelderup såleis: «Seksuelle konflikter, t. eks. onanikonflikter, *kan* ligge ved roten av kronisk nevrose. Men langt hyppigere synes det å være konflikter av annen art, t. eks. svære skuffelser og trasskonflikter. Enhver konflikt som fører til en traumatisk situasjon og dermed følgende mer utpreget hemning av aktiviteten og avsperring av følelser, kan innlede en nevrose. *Ikke* seksualhemning, men *aktivitetshemning* er det alminnelige grunnlag for nevrosene.»

Den nestsiste av desse setningane («Enhver konflikt» osv.) vil kvar seksualøkonom òg kunna underskriva; for kvar slik konflikt fører med seg ei nedsetjing av evna til full seksuell utløysing («orgastisk potens»). Difor vert det heilt misvisande når Schjelderup i neste setning set opp seksualhemning som motsetning til aktivitetshemning. Det rette ville vera å seia at *i den mon ei aktivitetshemning kan bli til ei seksualhemning, kan ho òg bli grunnlag for ein nevrose.* Om ein ved behandlinga av ein nevrose fyrst skal taka føre seg dei seksuelle vanskane eller aktivitetsvanskane, det er eit spørsmål som ein lyt svara på etter strukturen i kvart einskilt tilfelle. I dei aller fleste tilfella ligg dei seksuelle vanskane djupast og let seg ikkje retta på utan ei føregåande eller samtidig frigjering av aktivitet og aggresjon — jamvel om eit aktivt seksualliv både kan letta det sjelelege trykket og letta arbeidet med arbeidsvanskane.

At samanhengen mellom aktivitetshemning og seksualhemning er der, det har heller ikkje professor Schjelderup kunna vera heilt blind for, sidan han skriv i neste setning: «Er imidlertid en nevrotisk prosess først innledet, trekkes hele personligheten med inn, og seksualiteten kommer da til å spille en særlig rolle.» Schjelderup svarar ikkje på det nærliggjande spørsmålet *kvifor* seksualiteten då kjem til å spela ei serleg rolle — dei samanlikningar og utgreiingar han kjem med, gjev ikkje noko svar på det spørsmålet. Det gjer derimot seksualøkonomien, som svarar at når livsenergien = seksualenergien ikkje får gå sin naturlege gang, men vert oppdemd og bunden, så går det fyrst ut over den sentrale funksjonen, evna til full utløysing, som altså vert meir eller mindre skadd. Det er skorten på evna til full utløysing som gjer sjelelivet åt nevrotikaren *overseksualisert,* for å tala med Schjelderup.

Det syner seg her igjen at professor Schjelderup overhovud ikkje har skjøna det som er sjølve grunntanken i Reichs teori: at *livs-*

energien = den vegetative energien = seksualenergien *er ein einskap, er eitt.* Vert han hindra i si naturlege utfalding på eitt område, vil hindringa, på grunn av denne einskapen, gjera seg gjeldande på alle område. Men sidan seksualfunksjonen har slikt eit sentralt rom i den samla livsprosessen, vil hemninga i serleg grad syna seg i seksuallivet, og skiplinga her vil så stråla ut att til alle dei andre livsfunksjonane. Vert eit barn t. d. hemma eller skadd i uttømningsfunksjonane sine eller i den ålmene muskulære motorikken, så går denne hemminga over på seksualfunksjonen, og *den* hemminga vert då den sentrale, vert så å seia kraftkjelda for nevrosen.

Professor Schjelderup meiner (s. 144) at når det gjeld Reichs teoriar, så byggjer dei på ei feiltyding av visse terapevtiske røynsler. Og han kjem med eit (tenkt eller verkeleg?) eksempel på «en analyse ut fra den forutfattede opfatning at hele nevrosen beror på seksualundertrykkelse». Dette eksemplet er så misvisande at ein lyt spørja seg sjølv om professor Schjelderup her kan vera i god tru. Ingen som har skjøna Reichs teori og kjenner den teknikken som har vakse fram saman med den, vil kunna føra ei behandling på den måten Schjelderup her skisserar — utan som ein naud-utveg i tilfelle der han føreåt veit at full gjennomføring av ei behandling vil vera umogeleg, soleis at det gjeld å nå størst mogeleg betring på kortast mogeleg tid. Når Schjelderup påstår at Reichs teoriar for ein stor del kviler på slik feiltyding av *«utilstrekkelig gjennomførte analyser»*, så viser dette påstandet igjen at han korkje har skjøna Reichs teoriar eller grunnlaget for dei. Derimot ligg det freistande nær å tru at Schjelderups *mistyding* av Reichs teoriar kan kvila på analysar av det slaget han her skisserar.

Det er syrgjeleg å måtte konstatera at ein mann som i fleire år har studert hjå Reich, ikkje kan lata vera å gjeva eit så misvisande bilete av hans teoriar og grunnlaget for dei. Men når det er så, då kan ikkje me som reknar oss for Reichs elevar og medarbeidarar, lata vera å protestera mot at professor Schjelderup kallar sin behandlingsmåte for karakteranalyse eller vegeto-terapi, namn som *Reich* har skapt til nemne for den terapeutiske teknikk han har arbeidt ut saman med sin seksualøkonomiske teori, og som finn sitt teoretiske grunnlag i den. At professor Schjelderup låner frå denne teknikken så mykje han kan, det gjev han likevel ingen rett til å nemna sin behandlingsmåte med namnet på ein teknikk som han etter denne artikkelen sin korkje har skjøna samanhengen i eller det teoretiske grunnlaget for.

* *
*

Som kvar annan djupgåande eller vidfemnande psykologisk eller filosofisk teori, så har seksualøkonomien til bakgrunn ein viss måte å oppleva ting på. Ein slik opplevingsmåte er alltid vanskeleg å setja i ord, jamvel om han er medviten, som han i dei fleste tilfelle er berre eit stykke på veg. Den opplevingsmåten som er bakgrunnen for seksualøkonomien, vil eg freista formulera såleis: ei medviten opp-leving av eins eigen kropp som ein levande einskap og heilskap, og av det kroppslege og det sjelelege som to sider av eller to uttrykk for eitt og det same. Den som ikkje sjølv opplever dette såleis, han vil ha vanskeleg for å skjøna og halda fast på samanhengen i dei seksual-økonomiske teoriane, om han så kan skjøna og vera samd i fleire eller færre detaljar.

For barn synest denne opplevingsmåten vera sjølvsagd og naturleg, men før han vert heilt medviten, vert han undertrykt i den vanlege oppsedingskverna. Denne kverna har nettopp — dels medvite, dels umedvite — den oppgåva å knusa det «opprørske», det «obstanasige», det «ulyduge», det «usømelege», det «umoralske» i barnet, få viljen åt barnet i lomma på dei vaksne. Det skjer ved å øydeleggja hjå barnet den naturlege kjensla av kroppsleg og sjeleleg einskap og heilskap. Barnet vert truga, formana, suggerert til å finna sume deler av kroppen og deira funksjonar «stygge» og «skamlege», og til å halda sume av tankane og ynskja for «vonde» eller «slemme» i motsetnad til andre som er «snille», «gode», «dygdesame». Lukkast denne oppsedinga, misser barnet si kjensle av indre sjeleleg og kroppsleg einskap, samanheng og styrke, det vert i staden tvihuga, kløyvt, avstengt, det vert fullt av tvil, «anfektelser«, førehands-angest og bondeanger, det kjenner seg maktlaust og hjelpelaust, og vert ein lydug reiskap for dei som vil bruka det — til *sine* føremål.

Hovudmålet for ein seksualøkonomisk politikk er å få slutt på denne øydeleggjinga og skapa vilkår for at born og vaksne kan få leva og oppleva livet friskt og naturleg.

Ola Raknes.

Referater.

I *«Hygiea»*, bind 101, hefte 2, er gengivet et foredrag af dr. Nycander (Stockholm) om hans erfaringer ved Ericastiftelsens läkepedagogiska institut.

Dr. Nycander mener, at børnenes naturlige indstilling er «den kärleksfulla, fortroendefulla, öpna og jasagande indstilling» medens langt de fleste af de børn, han har iagttaget, paa grund af ængstelse, usikkerhed og mistro indtager en forsvars- og stridsholdning. Han kommer paa intet punkt ind paa betydningen af sexualiteten og genitaliteten som aarsag hertil, han nøjes med en almenbehandling af barnets affektindstillning. Vi kan altsaa med sikkerhed sige, at han ikke naar ned til de dybeste grunde til børnenes fejludvikling.

Netop paa baggrund heraf kan det maaske ha interesse kort at referere visse af hans udtalelser. De giver tilsammen et billede af, hvor langt fra den almindelige konstitutionspsykiatriske indstilling man kan og maa komme, naar man, som Dr. Nycander, virkelig gør sig umage for at studere det enkelte barn og det miljø, det lever i. Dr. Nycander betragter selv sin virksomhed som en «forsknings- og forsøksverksamhet, lempatt at ge oss fördjupade insikter i de medisinsk-psykologiska problemer».

Han fandt, at næsten alle symptomer hos børnene ofte forsvandt eller mildnedes blot ved en anden behandling af barnets affectindstilling, og at man praktisk talt altid i barnets miljø kunde finde forhold, som mer eller mindre maatte betragtes som aarsager til barnets egenhed — oftest meget grove misforhold. Han tør ikke helt opgive konstitutionen som sygdomsfaktor, ja hans arbejde skæmmes endda af, at han synes at mene at faktorer som skilsmisse eller ulykkeligt ægteskab maa sættes i «samband med konstitutionelle slægtsdrag». Og dog er hans konklusion på dette punkt «ur teoretiska og eugeniska synspunkter maa konstitutionsteorierne vara nödvendiga. Men jag undrar om icke, då det gällt, det sociala og terapeutiska handlandet, verkat bättre som sömnmedel än som arbetshypotesar.»

Han mener at mange af besværlighederne ikke kan lægges forældrene til last, men maa tilskrives den almindelige forestilling om

straffens betydning i opdragelsen. Hans egen terapi er præget af, at det gælder om at give børnene frihed og tryghed — ogsaa med hensyn til deres agressivitet («der skal opløses og erstattes med en positiv indstilling»).

Vi kunde ha lyst til at spørge dr. Nycander om, hvad det er han mener, der gør konstitutionsteorierne nødvendige, fra teoretiske og især fra eugeniske synspunkter, naar de ellers virker som «søvnmidler» og uskadeliggjørelsesmidler kunde man ha lyst til at tilføje. Vi synes, at naar man som dr. Nycander mere og mere overtydes om miljøets og de sociale forholds betydning, maa man komme nærmere og nærmere den konklusion, at især de eugeniske teorier ikke alene er unødvendige, men at de i allerhøjeste grad er skadelige, netop osse fordi de bruges som begrundelse for «eugeniske synspunkter» d. v. s. fordi man mere og mere bruger «søvnmidlet» til at kræve sterilisation af mennesker, som man i stedet burde hjælpe til saadanne forhold, at de kunde opdrage sunde børn.

Det positive i dr. Nycanders arbejde er utvilsomt det, at det atter engang viser hvor store resultater, der kan opnaaes blot ud fra den miljøforbedring, der kan udspringe af en ærlig og redelig indstilling og af et aabent syn paa forholdene selv uden en virkelig trængen til bunds i problemerne.

Tage Philipson.

Esther Ammundsen og Mogens Trier: *Om blodets indhold af inaktivt hæmoglobin.* (Ugeskrift for Læger 1939 H. 9, S. 271.)

Det er ved en række arbejder fastslaaet, at i blodet hos sunde findes en forskellig stor del af hæmoglobinet i en saadan inaktiv form, at det ikke kan binde ilt, sandsynligvis fordi det er omdannet til methæmoglobin, sulfhæmoglobin o. l. forbindelser.

I den foreliggende undersøgelse viser det sig, at for c. ⅔ af forsøgspersonernes vedkommende drejer det sig om mindre end 1 volumenprocent, og kun hos nogle faa (3 af 76) om mere end 2 volumenprocent, svarende til indtil 13 % af hæmoglobinet.

Forfatterne har kun interesse af deres resultater med hensyn til spørgsmaalet om hæmoglobinstandardisering. For os vilde det være af største betydning at faa klarlagt, om det evt. skulde dreje sig om resultatet af en særlig stærk aandedrætshæmning eller eventuelt en aandedrætshæmning af særlig karakter.

Vi ser jo hos vore patienter, hvor forskelligartet deres respirationshæmning er. Et helt andet spørsmaal er, hvilke følger det evt. kan have, at ens hæmoglobin i saa høj grad er sat ud af funktion.

T. P.

Fra «The journal of Contraception» nr. 3, 1939 skal lige gøres opmærksom paa nogle der refererede amerikanske undersøgelser angaaende spørgsmaalet om hvor udbredt og stærkt ønsket om at faa børn er: 1) et magasin (Ladies' home journal) fandt, at 98 % af mødrene var glade for at ha børn, og de fleste syntes at det ideelle var at ha fire.

2) Dr. Kiser fandt, at blandt 411 barnløse kvinder, der havde været gift mindst 10 aar, var mindst 86 % ufrivilligt uden børn, og 57 % havde i den anledning søgt lægehjælp.

3) S. Meaker fandt i sine undersøgelser over sterilitetsspørgsmaalet, at antallet af dem, som selv vælger livslangt at være sterile, er «probably so small as to be negligible from the social and economic viewpoint».

Atter engang viser det sig, at det ikke er manglende ønske om at faa børn, men de sociale forhold, der præger menneskenes stilling til dette spørsmaal.

T. P.

Insuffisiens af biskjoldbruskkirtlen (referatet udarbejdet efter Jysk Medicinsk Selskabs forhandlinger).

Efter at man har fundet et stof, A. T. 10, der uden kemisk at fremvise noet slægtskab med parathyreoidea-hormonet har praktisk talt samme virkninger som dette, er forskningen af parathyreoideas lidelser skredet et stort stykke frem. Da denne forskning paa visse punkter baade i teori og praksis kan ha betydning for sexualøkonomen, skal her kort henvises til nogle faa af dens resultater.

For det første er det interessant, at det fundne Stof A. T. 10, dihydrotachysterin, kemisk er meget nær beslægtet med cholesterin, seksualhormonerne og digitalisstofferne.

Dets hovedsaglige virkning er at forhøje kalkspejlet i organismen.

Normalt indeholder blodplasma 9½—11 mg % Ca, afvigelser herfra er patologiske og skyldes i reglen direkte eller indirekte lidelser af parathyreoidea. Den vigtigste lidelse er tetanien, der fremkommer, ved en underfunktion af kirtlen, bedst kendt efter strumaoperationer, men osse kendt som en funktionel lidelse.Teoretisk drejer det sig først og fremmest (svarende til «overvægt» af kalium-vagussiden af det vegetative system) om en hyperirritabilitet af nerver og muskler — tydeligst visende sig ved forsøg med galvanisk strøm (katodeaabningstrækning ved mindre end 5 milliampere).

Klinisk-diagnostisk er det klassiske symptom toniske kramper forbundet med paræstesier, men uden bevidsthedsforstyrrelser. Saadanne tilstande har jeg selv flere gange oplevet under mine vegeto-

terapeutiske behandlinger, lisom meddelelser fra kolleger har fortalt om tilsvarende oplevelser.

Foruden dette symptom viser det sig, at en række andre tilstande kan fremkomme paa basis af en parathyreoideainsufficiens nemlig paræstesier, reumatiske smerter, spasmer i glat og tværstribet muskulatur, deriblandt i marvetarmkanalens muskulatur, hvor de kan gi anledning til forstoppelse, diarrhoe, brækninger, og gallekolliker, og i hjertet, hvor billedet kan være som ved angina pectoris eller endog som ved angstneurose med angst, sved og hjertebanken og hurtig puls, samt perifere karspasmer. Desuden kan man i enkelte tilfælde se baade klassiske epileptiske anfald og psykotiske billeder baade af manisk og skizofren type, foruden almindelige neurasteniske og depressive tilstande. I ca. halvdelen af tilfældene er tilstanden ledsaget af synsforstyrrelser i form af begyndende stær. Enkelte gange er asthma og migræne osse helbredt ved behandling med A. T. 10.

Jeg har her kun villet opremse symptomerne, det skal tilføjes, at lidelsen ofte optræder monosymptomatisk, og at det diagnostisk kommer an paa at fastslaa den formindskede blodkalk og/eller den forøgede elektriske irritabilitet.

I seksualøkonomien er vi vant til at regne med, at calciumjonernes rolle i det vegetative system er meget stor (se især Wilh. Reich: Der Urgegensatz des vegetativen Lebens, i komm. hos Grundt Tanum. Oslo). Der er for os ikke noget mærkeligt i, at lidelser af parathyreoidea og dermed af calciumstofskiftet kan indtage en vigtig rolle i mange sygelige vegetative tilstande, hvadenten dette saa skyldes primære lidelser af kirtlen, som naar større eller mindre dele af den er fjernet ved operation, eller det indgaar som et led i en ogsaa ellers vegetativt forandret organisme. Det svarer osse fuldstændigt til vor alm. opfattelse, at følgerne af en hypocalcæmi maa være en neuromuskulær hyperirritabilitet.

Vigtigt er det desuden for os ikke at glemme, at de heraf følgende tilstande altsaa osse i sjældne tilfælde kan skyldes primære anatomiske forandringer (tuberkulose, syfilis e. l.) i vedkommende kirtel.

T. P.

M. Kobro: *Den kjemiske overføring av impulser i det vegetative nervesystem.* (Nordisk Medisin nr. 12, 1939.)

Artiklen viser, at den opfattelse af det vegetative nervesystem, som en del af det samlede vegetative system, som Reich har gjort gældende, især i «Urgegensatz des vegetativen Lebens» stadig mere vinder indpas blandt fysiologerne. «Og denne enhed omfatter membranene, saltelektrolyttene, hormonene, visse fermenter, visse endo-

og exogene irritamenter og giftstoffer og sidst men ikke mindst de vegetative nerver, som sammenfatter og behersker det hele.» Det har vist sig, at vagusstoffet er acetylcholin, som sammen med kalium overfører irritationer fra parasympaticus til muskel eller kirtel. Det tilsvarende stof for sympaticus' vedkommende kaldes «sympatin» og er endnu hypotetisk, men synes meget nær beslægtet med adrenalin, uden at det dog menes at dreje sig om selve dette stof. Acetylcholin har desuden en meget interessant virkning, idet det overfører irritatmentet i *alle* ganglieceller, sympatiske som parasympatiske. Dialektikken i forholdet viser sig yderligere ved, at under visse betingelser kan acetylcholinet ogsaa overføre irritatmenter af sympaticuskarakter.

Cholesterin og lecitin er ikke omtalt i artiklen, ud over at det menes, at acetylcholin dannes af lecitin.

Selve nerveledningen opfattes paa den maade, at impulsens passage gennem nerven menes at bero paa en ionforskydning i denne. Som følge heraf menes det at aktionsstrømmen opstaar.

Noget forhold til organismen som helhed eller til dens driftsmæssige eller psykiske funktioner for det vegetative systems vedkommende nævner forfatteren ikke.

T. P.

Anmeldelser.

Harald Herdal: *«Løg»*. 1935.

«O, Ungdom» staar der nederst paa titelbladet til denne bog. Og sikkert bedre end nogen anden kender Herdal den ungdom, han skildrer, ungdommen fra alle Københavns arbejderkvarterer. Og han forstaar at skildre den! Hans stil kan i begyndelsen virke noget sløvende, fordi han tar alle detaljerne med, og i kapitel efter kapitel skildrer først den ene, saa den anden unge, for maaske først 100 sider henne at vende tilbage til den første igen. Men efterhaanden samler alle billederne sig dog til et stort, trist, men sandt, rigt detaljeret og meget intenst billede af «løget—», som bliver stængt inde, i stedet for at faa lov at udvikle alt, hvad det bærer i sig.

Herdal har netop vakt saa stor modsigelse og forargelse, fordi han fuldstændigt sandt, hensynsløst sandt viser, hvorledes det sexuelle problem ganske simpelt *er* ungdommens problem, hvorledes det piner og plager, drager og ægger, udløser al lystangsten — og alligevel til syvende og sidst ender i et mer eller mindre borgerligt liv, hvor alt det egentlige, det levende, glæden og oprøret undertrykkes.

Han begynder bogen med et samlet udtryk for alt dette:

«Og Løget har Mulighederne i sig til at bli til det et Løg skal bli til, — hvis Betingelserne for Løgets Liv og Trivsel er gode! Og først er Løget bare en lille grøn Spire, men Blade og Blomst er i det, og hvis Betingelserne er gode, skal den lille Begyndelse vokse og faa Blade og Blomster og nyde Livet og Solen og hele Tilværelsen (hvis Tilværelsen er god, og hvis ikke Løget gror i Skygge (mens andre tar Solen), og staar i Stampe og mangler tilstrækkelig Lys og Luft og Næring til at udvikle sig), og naar det har blomstret og nydt Solen og Livet, skal det ganske vist visne og forgaa, men det skal danne nye Løg . . .

Men det gælder om, at Løget faar Lys og Luft og Næring, saa det kan bli til det et Løg ska bli til, og ikke forkrøbler og vantrives . . .»

I det hele kan det siges, at han skriver fuldstændigt minutiøst ærligt, og at det han viser i sine bøger, er fuldstændigt i overensstemmelse med sexualøkonomiens opfattelse: netop saadan som Her-

dal beskriver dem, er de mennesker, han beskriver, og netop fordi de af forholdene tvinges til at være saadan, har alt fremskridt i verden saa svære kaar. Hvis Herdal tog konsekvenserne af sine egne skildringer, maatte han blive vor medarbejder. I stedet har han ved flere lejligheder optraadt som «ægte marxistisk» modstander af *os*, der drager de rigtige konsekvenser af den opfattelse af menneskene, som baade han og vi har. Her ligger «problemet Herdal» og ikke i hans sandru skildringer af mennesker og samfundsforhold:[1] det gælder netop om at gøre hvad man kan for at gi løget de betingelser, der er nødvendige, for at det skal bli til det et løg skal bli til, og unddrage det alt det, der nu holder det nede. Herdal har selv vist, at det i hovedsagen drejer sig om moralsk og social undertrykkelse af sexualiteten.

T. P.

J. H. Leunbach: Svangerskab — Forebyggelse — Afbrydelse. En illustrert vejledning. København 1939. Pris: Kr. 0.50.

Leunbach har her i en fortræffelig lille piece paa 16 sider i kort klar og koncis form givet netop den viden, som *alle* har brug for om dette spørgsmaal. Anmelderen skal kun lige bemærke at vaginalpessar stadig anses for normalmetoden for svangerskabsforebyggele, mens Knaus' metode endnu ikke anses for tilraadelig. Angaaende den danske lovgivning fremhæver Leunbach med fuld ret sundhedsstyrelsens berygtede cirkulære til lægerne, hvori det fremhæves, at ligegyldig hvor truet en kvindes sundhedstilstand er af et svangerskab, risikerer lægen anklage og straf ved at afbryde det, medens der ingen risiko for lægen er ved at la være. Dette er sundhedsforsorg ! ! ! I virkeligheden — fremhæver Leunbach er det straffeloven og dens saa strenge haandhævelse der gør fosterfordrivelse farlig ved at forhindre kvinderne i *sagkyndig* hjælp.

Tage Philipson.

J. Olesen: Det intrapelvine tryk og dets kliniske betydning (U. f. L. nr. 21, 1937) og
Det intrapelvine tryk og dets relation til det vegetative nervesystem (U. f. L. nr. 41, 1938).

Dr. Olesen er en udpræget fysisk-hygiejnisk indstillet læge, der gennem mange aar, tildels i samarbejde med dr. Møinichen i Oslo, har behandlet patienter med en række lidelser væsentligst ud fra hygiejniske synspunkter med diæt, regulering af afføring og

[1] Saaledes som Tom Kristensen mener i «Politiken».

varm klædedragt, idet han tillagde cirkulationsforholdene i huden stor betydning. Det blev ham paafaldende, at en mængde mennesker, — «navnlig kvinder der gaar tyndt paaklædt, arbeider meget legemligt, står meget, dyrker megen sport og friluftsliv» hade særlig stærke forandringer i huden fra navlehøjden og nedefter. Huden var her kold, stærkt fortykket, infiltreret og øm, ofte blaaligrød. Det viste sig, at det hang sammen med forandrede forhold i det lille bækken:

Mere eller mindre af tyktarmene hang atoniske ned i det. Bækkenets væv føltes ved exploration uelastisk, fortykket og ømt, og ved maalinger viste trykket sig forøget. Dette forøgede tryk mener dr. Olesen atter er aarsagen til lidelser i underextremiteterne, som f. ex. lidelser i hofte, knæ og fodled, foddeformiteter, ischias og andet. Ligeledes mener han, at en række tarmlidelser og lidelser i urogenitalsystemet har deres aarsag her. Ogsaa frigiditet og impotens!

Alle disse lidelser og en del mere alm. symptomer som kvalme, hovedpine, hjertebanken har han nemlig helbredt ved sin behandling, der foruden af de omtalte almenhygiejniske forholdsregler især bestaar af rectal massage og diathermi af vævet i pelvis.

Dette omtrent er hovedindholdet af den første artikel.

I den næste er dr. Olesen gaaet et stort stykke videre baade i teori og praxis, og er nu kommet til at lægge hovedvægten paa det vegetative nervesystems tilstand.

Klinisk er hans udgangspunkt nu, at han hos alle disse patienter finder en pastøs resistence af abdomen, mens han (lissom vi) mener, at ved et fuldkommen normalt abdomen føles hud, underhud og organer bløde og elastiske. Sammen med denne forandring finder han

1) forøget tryk i det lille bækken.
2) Forandringer i og omkring pelvis' vegetative ganglier (der for de flestes vedkommende ligger i nær relation til de indre kønsorganer). Forandringerne bestaar i pastøsitet og rigiditet af vævet og circumskript ømhed, der tit kan være meget stærk.
3) Trofiske forandringer i underextremiteterne.
4) Trofiske forandringer i abdomens hud og de palpable organer.

Svarende hertil beskriver dr. Olesen sygdomsbilleder, der foruden ved de tidligere omtalte symptomer er karakteriserede ved bl. a. «tunge», evt. noget smertefulde fornemmelser i underkroppen, ofte ledsaget af træthedsfølelse, stivhed i muskler og led. Desuden er der nervøse hjertesymptomer og «en følelse af hæmning ved vejrtrækningen, en vis kortaandethed». Hertil kommer forskjellige former af hovedpine, foruden de allerede omtalte almensymptomer. Han har fundet, at alle disse symptomer i den grad forværres under influenza og reumatiske infektioner, at han er tilbøjelig til at anse disse

lidelser som primære affektioner af det vegetative system. Behandlingen er den omtalte: Diatermi og massage pr. rectum, af de vegetative ganglier og vævet omkring dem, og herunder ses «med stor regelmæssighed alle de omtalte objektive og subjektive symptomer aftage resp. efterhaanden forsvinde.» «Ofte ses meget store forandringer allerede efter 5—15 min,» men i reglen er dog en række behandlinger nødvendige. Det intrapelvine tryk blir mindre. Det hele antas at bero paa en «tonus»-forandring i det vegetative system. Særlig betydning skal det ha for en række smertefornemmelser: Ved behandlingen svinder menstruationssmerter. Fødselssmerter og nyre- og galdestenskoliker menes osse afhængige af de beskrevne forhold (deres afhængighed af det vegetative nervesystem er kendt). Hudens og abdomens tilstand bruges som indikator for organismens og det vegetative systems tilstand. De endocrine kirtlers funktion betragtes som sekundær i forhold til det vegetative nervesysem.

For de sympatiske halsgangliers vedkommende findes tilsvarende forhold, selv om de paa grund af deres lokalisation er mindre tilgængelige for palpation og behandling. Ganglierne er altid meget ømme når man indenfor deres innervationsomraade, hoved, hals og overextremitet, finder infiltration, ømhed og stivhed af hud, underhud og muskler eller smerter i led. Ligeledes ved brachialgier og cephalalgier, ikke mindst de, der hænger sammen med lidelser af nakkemuskulaturen.

Desuden finder der en vis vexelvirkning sted: ved behandling af bækkenets ganglier hænder det, at der ogsaa kommer forandringer i overextremiteten og halsen, omend langt mindre udtalte end i abdomen og underextremiteter, og ved behandling af halsanglierne ses tilsvarende virkninger i pelvis.

Dr. Olesen omtaler tilsidst, dels at han paa grundlag af nogle terapeutiske resultater mener, at svangerskabsintoksikationen opstaar paa samme maade, dels at han sætter en lang række sygdomme i forbindelse med de vegetative forhold og trykforholdene i det lille bækken, det gælder fx. ulcus ventriculi, colitis spastica og membranacea og obstipationen, men ogsaa en lang række kroniske sygdomme som kronisk polyartrit, tuberkulose og kræft og en række andre lidelser i abdomens organer. Desuden finder han en relation mellem bækkentrykket og «en række lidelser i og symptomer fra centralnervesystemet», især «neurasteni, nevrose og skizofreni».

Ved disse lidelser finder han de omtalte vegetative forandringer særlig udtalt osse paa truncus og overextremiteter.

Han meddeler her en sygehistorie om en 8-aarig dreng, der var udpræget triebhaft og gentagne gange var behandlet uden resultat. Han faldt fuldstændigt til ro efter rektalbehandlinger, lactovegetabilsk kost og meget langvarigt sengeleje.

Dr. Olesen opfatter som omtalt det vegetative nervesystems rolle ved alle disse lidelser som værende den hovedsagelige, og mener ikke selv nærmere at kunne forklare, hvorledes disse sygelige forandringer i det vegetative system opstaar. Lokalt mener han, at det drejer sig om et ødem i og omkring de sympatiske gangliers fibrøse kapsler og som arbejdshypotese antar han, at han ved sin behandling faar disse ødemer til at svinde.

Med noet kendskab til den seksualøkonomisk klinik vil det være paafaldende, hvor stor overensstemmelse der er mellem de iagttagelser, som dr. Olesen, en modig og ubunden dygtig kliniker, har gjort og vore egne iagttagelser. For os er rigiditeten i muskulaturen i det hele — og i bækkenets og bækkenbundens muskulatur i særdeleshed det vigtigste fund ved den umiddelbare iagttagelse.

Vi ved, at denne rigiditet direkte udgør en side af hæmningen af *alle* livsytringer og især af de genitale og anale funktioner. Netop derfor gælder den først og fremmest muskulaturen i genitalorganerne og omkring anus. Herfra breder den sig over paa den øvrige bækkenmuskulatur og hæmmer bækkenets og underekstremiteternes bevægelser (Sammenl. W. Reich: Der Orgasmusreflex). Vi ved ogsaa, at denne primære vegetative hæmning ikke holder sig til musklerne alene, men griber om paa de omliggende organer, og at den ikke alene gælder de vegetative funktioner i bækkenet, men lige saa vel alle andre vegetative funktioner som i udviklingens løb hæmmes, ikke mindst aandedrætsfunktionen, der altid er indbefattet. Det drejer sig altsaa for os om den legemlige side af den undertrykkelse af alle livsytringer, som paatvinges individet udefra gennem miljø og opdragelse.

Dr. Olesen kommer, væsentlig som følge af hele sin arbejdsvej og behandlingsmaade til en ren «organisk», fysisk afgrænset (trods sammenhængen med det psykiske) næsten mekanisk opfattelse af den lange række rigtige iagttagelser, han har gjort. Dette skyldes ogsaa den — sikkert i den daglige klinik udmærkede — behandlingsmetode, han er kommet ind paa (jeg vilde dog tro han maatte faa en del recidiver). Paa samme tid udelukker det ham fra en dybere og dermed ætiologisk rigtig forstaaelse af alle disse lidelser. Det er næppe noget tilfælde, at det netop er paa dette punkt, han gir op!

Vi derimod opfatter alle disse symptomer ikke som lidelser i sig selv, men som dele af hele den enhed, som den syge udgør, som led i en stor sammenhæng. For os har det hele sin funktionsmæsige plads i opbygningen af den syges personlighed. For os er det væsentlige derfor heller ikke en behandling af patientens *sygdom* i og for sig, men af hele hans jeg, fysisk som psykisk. Det gælder ikke alene om at faa organerne til at fungere vegetativt sundt — men om at hele

patientens indstilling til denne fungeren blir naturlig, sund og positiv.

Enhver vegeto-terapeutisk sygehistorie vil vise, hvad det her drejer sig om: Jeg vil derfor her kun ta et eksempel, nemlig den haarde eller stive nakkemuskulatur med eventuel deraf følgende nakkehovedpine. Personer med denne lidelse vil et eller andet sted osse psykisk være haardnakkede eller stivnakkede — men det behøver ikke at være umiddelbart særlig fremtrædende. Det kan altsaa dreje sig om en person, der umiddelbart er «en stivnakke», men lige saa godt om en tilsyneladende blid og medgørlig person, der bare skjuler sin stivnakkethed under en saadan medgørlighed. I behandlingen vil man nu før eller senere naa et punkt, hvor netop stivheden i patientens nakkemuskel viser sig som en modstand mod en helt fri vejrtrækning hos patienten — efter min erfaring *i reglen* ved at brystet holdes stivt i vejret af det stærke træk i nakken (prøv det!).

Her viser nakkestivhedens funktion sig altsaa at være den, at holde brystet i ro, hindre det i at gi efter — og samtidig vil det saa vise sig, at en saadan patients «stivnakkethed» vil ha en tilsvarende og identisk funktion i at hindre en naturlig given sig hen i de følelser, der sidder i brystet (angst, smerte, hjærtelighed, forelskelse, vrede f. eks.) — altsaa netop de følelser, som for individet har været saa uudholdelige, at det maatte bringe dem til ophør ved at gøre brystet stift. Dette bare som eksempel paa, hvorledes den funktionelle sammenhæng i hele den vegetative organisme er tilstede.

Det vegetative system er virkelig et «Lebensnervesystem» og kan kun ses i sammenhæng med hele vedkommendes maade at leve paa, med karakteren, hele personligheden — ikke blot med direkte hygieniske forhold som kost, paaklædning og tilsvarende forhold, der endog er af mer sekundær interesse smlg. med seksuallivet og maaden at arbejde paa.

Tage Philipson.

Olav Storstein: *Lesebok for voksne av skolebarn.* Tiden Norsk Forlag. Oslo 1938.

Denne boka er eit utval av skriftlege arbeid av elevar frå 1. mellomskuleklasse og opp til 1. gymnasium, altso av folk i alderen mellom 13 og 17 år. Ho er tenkt som ei prøve på korleis skuleungdom kjem til å skriva når læraren stendig arbeider på få dei til å bera fram sine eigne tankar med sine eigne ord, utan sideglyttar til kva læraren meiner eller kva som vil svara seg til eksamen. Det seier seg sjølv at med den opplæring og det trykk elevane elles stend

under, kan ingen i denne alder greia å skriva heilt fritt. Men denne «Leseboka» viser at ein dugande og frilyndt lærar kan hjelpa dei til å bli so frie og so sjølvstendige — meir kanskje i si form enn i sitt innhald — at mange vaksne kunne ha grunn til å misunna dei. Men ein ting fester ein seg ved: So fritt dei skriv i veg om andre emne, kunne ein ha venta å få høyra noko av deira tankar om det emnet som visseleg opptok dei fleste mest: det seksuelle spørsmålet. Om det, og om arbeidar-spørsmålet, finn me mesta ingenting i denne boka, og ein spør seg sjølv: Er det Storsteins elevar som i sine valfrie stilar aldri har teke opp det emnet, eller er det Storstein som ikkje har våga — eller ikkje fått lov — å taka med slike stilar i utvalet sitt?

O. R.

Instituttet besvarer forespørsler om seksuelle og pedagogiske problemer av enhver art.

Forespørslene bes sendt til:

Dr. Nic. Waal, Gaustad asyl, V. Aker.

Spørsmål fra Danmark bes sendt til:

Læge Tage Philipson, Ryparken 108, København.

De blir besvart i den rekkefølge de framkommer, svarene blir sendt direkte til spørgeren.

Enkelte spørsmål som finnes å være av prinsipiell interesse, vil bli utførligere behandlet under rubrikken «spørsmål og svar», som eventuellt kommer fra og med neste nummer.

Spørgerens navn blir sjølsagt ikke publisert.

Internasjonalt Institutt for Seksualøkonomi

Medlemmer (desember 1939):

Dr. Odd Wåge Havrevold, lege, Gustavs gate 3, Oslo.
Sigurd Hoel, forfatter, Holmenkollvn. 18, Smestad, Vestre Aker.
Dr. J. H. Leunbach, lege, Fredriksberggade 25, København.
A. S. Neill, skolebestyrer, Summerhill School, Leiston, Suffolk, England.
Dr. Tage Philipson, lege, Ryparken 108, København.
Dr. Ola Raknes, psykolog, Observatorie terrasse 10, Oslo.
Dr. Wilhelm Reich, lege, Kessel Street, Forest Hills, Long Island, New York, U. S. A., Instituttets leder.
Dr. Nic. Waal, Gaustad asyl, Vestre Aker.

Til Instituttet er knyttet en fagorganisasjon for seksualøkonomiske terapeuter og pedagoger. Sekretær for den danske gruppe av denne fagorganisasjon er *fru Ellen Siersted,* Godthaabsvej 142, København.

Internasjonalt Institutt for Seksualøkonomi
anbefaler følgende skrifter:

Wilhelm Reich:

Psychischer Kontakt und vegetative Strömung. Pris n. kr. 4.25 kart., kr. 5.60 innb.

Experimentelle Ergebnisse über die elektrische Funktior von Sexualität und Angst. Pris n. kr. 4.50.

Orgasmusreflex, Muskelhaltung und Körperausdruck. Zur Technik der charakteranalytischen Vegetoterapie. Sammen med Der dialektische Materialismus in der Lebensforschung. Pris n. kr. 5.40.

Dialektischer Materialismus und Psychoanalyse. Pri n. kr. 1.00.

Einbruch der Sexualmoral. Zur Geschichte der sexuell Ökonomie. Pris n. kr. 5.50 kart., kr. 6.50 innb.

Die Sexualität im Kulturkampf. Pris n. kr. 9.00 k kr. 10.00 innb.

Die Massenpsychologie des Faschimus. Pris n. kr. 5.00

Die Bione. Zur Entstehung des vegetativen Le Med bidrag av Roger du Teil og Arthur I Pris n. kr. 15.00.

Irma Kessel:

Kinder klagen an. Pris n. kr. 2.25.

Karl Teschitz:

Religion, Kirche, Religionsstreit in Deutschland. n. kr. 2.00.

Det finnes ennå noen eksemplarer av Zeitschrif politische Psychologie und Sexualøkonomie hefte (1934/38); prisen er for hefte 1—12 n. kr. 1.50 pr. for hefte 13—15 n. kr. 2.50 pr. hefte, for heft samlet n. kr. 20.00.

Utgitt av: *Sexpol-Verlag, Rotterdam, Post*
Hovedkommisjon for Skandinavia: *Johan Grundt Ta*

P. M. BYE & CO. A.S, OSLO

ker.
olk,
sland,
ualøko-
gruppe
ej 142,